



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BIOLÓGICA Y DE LA SALUD

**FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA EFECTIVIDAD
DE LA RETIRADA DE METADONA EN EL TRATAMIENTO DE
LAS DROGODEPENDENCIAS**

AMPARO CARRERAS ALABAU

TESIS DOCTORAL

2013

DIRECTORES: JOSÉ ANTONIO CARROBLES

CARMEN ALMENDROS

***Factores Psicológicos Asociados a la Efectividad de la Retirada de Metadona
en el Tratamiento de las Drogodependencias***

TESIS DOCTORAL

MARIA DE LOS DESAMPARADOS (AMPARO) CARRERAS ALABAU

Madrid, 10 de febrero de 2013

TIRADA: 20 ejemplares

EDITA: Amparo Carreras Alabau

DISEÑO DE LA PORTADA: Eduardo Sánchez Gatell

IMPRIME: Eventos y Sinergias S.L. Av. Isabel de Valois, 4. 28050 Madrid

Agradecimientos

Nada de lo reflejado en este trabajo, fruto de tantas horas, hubiera sido posible sin el contacto directo con mis pacientes durante más de veinte años. Ellos me han enseñado a mirar y a comprender, y a querer mirar más allá y comprender mejor.

Tampoco me hubiera planteado este reto, casi al final de mi carrera profesional, si el que después sería mi director de tesis no me lo hubiera sugerido durante alguna de las intensas conversaciones mantenidas sobre la psicología y las drogodependencias. Él es el auspiciador de la conducta de investigación aprendida y sólo lamento no haberla adquirido antes para poder mejorar este aprendizaje, demasiado incipiente como para satisfacer el nivel de exigencia que la Psicología requiere. Gran parte de lo conseguido se debe también a la directora de mis tareas de investigación, que me ha aportado experiencia y método con buenas dosis de ánimo cuando los datos no parecían tener orden ni concierto.

Mi gratitud y mi reconocimiento a los sucesivos responsables políticos y técnicos de la Agencia Antidroga, que desde los primeros estudios piloto tuvieron la amabilidad y la paciencia de escuchar y apoyar los proyectos de investigación que les presentaba, y de forma muy particular, al Jefe del Servicio de Asistencia durante los años del estudio final en el que se ha basado esta tesis y a la inestimable ayuda de su técnica y amiga mía, en la coordinación de los centros que compartieron la tarea de la recogida de datos durante tres largos años. Y por supuesto a los directores de los CAID y a los médicos y psicólogos que participaron en el estudio, de forma totalmente altruista, por el simple hecho de contribuir a la evidencia empírica y también, por qué no decirlo, a echar una mano a la compañera de toda la vida que les estaba pidiendo su colaboración.

Gracias a mis compañeras y compañero del trabajo de cada día, verdaderos apoyos logísticos y morales en esta tarea. Y a mis amigos y amigas, algunas también doctoras, que me han mostrado el camino y otras expertas informáticas que me ayudaron en el manejo del SPSS cuando todavía era un desconocido para mí.

Gracias a mis hijos que siempre han comprendido mi dedicación a la Psicología y a mi compañero de viaje en la vida que en los últimos meses ha tenido que viajar solo en muchas ocasiones cuando yo estaba pegada al ordenador.

Y a Pablo, por existir mientras tanto y por llamarme “yaya”.

Gracias infinitas a Emilio y a Lucha (siempre presente en mi memoria y mi corazón) por haberme permitido el privilegio de conocerles, de aprender de ellos y de contar con su amistad.

Madrid, 10 de febrero de 2013.

Factores Psicológicos Asociados a la Efectividad de la Retirada de Metadona en el Tratamiento de las Drogodependencias

ÍNDICE

I. MARCO TEÓRICO	Págs.
1 Introducción	13
2 Adicción a Opiáceos y Tratamientos Indicados	19
2.1 El consumo de heroína como problema de salud	21
2.2 Farmacología de los opiáceos: los procesos biológicos de la drogodependencia	22
2.3 Tratamientos para la dependencia de heroína: Los Tratamientos con Sustitutivos Opiáceos	28
2.4 Efectividad de los Tratamientos de Mantenimiento con Metadona (TMM)	35
3 Modelos Conceptuales en el Tratamiento de las Adicciones: Una Revisión Histórica	41
3.1 El Modelo Moral: <i>Alcohólicos Anónimos</i>	44
3.2 El Modelo de Enfermedad: <i>La experiencia Minnesota</i>	46
3.3 Las Comunidades Terapéuticas: <i>Modelo Democrático vs Modelo Jerárquico</i>	48
3.4 Modelo de Conducta Aprendida: <i>Los programas de beber controlado</i>	53
3.5 Otros Modelos conductuales en el abordaje de las adicciones	56
3.6 Modelo de Reducción de Riesgos y Daños: <i>La Harm Reduction</i>	58
3.7 Modelos Motivacionales y Contextuales: <i>La Motivación al Cambio y la Terapia Contextual</i>	62
3.8 El Modelo Psicológico de Salud: <i>El cambio de conductas de riesgo por conductas de prevención</i>	65
4 Marco Explicativo de los Tratamientos de Mantenimiento con Metadona (TMM)	69
4.1 La adicción a opiáceos como problema de salud pública desde el Modelo de Enfermedad	71
4.2 Los tratamientos de mantenimiento con metadona en el contexto de la epidemia del VIH-SIDA y la Reducción de Daños	72
4.3 Tratamientos sustitutivos opiáceos de amplio espectro: La extensión de los objetivos de cambio	74
5 Aportaciones de la Psicología a las Intervenciones Interdisciplinarias en Drogodependencias	77
5.1 Lo psicológico en el Modelo Bio-Psico-Social	79
5.2 Tratamientos psicológicos efectivos en drogodependencias	81
6 Hacia un Modelo Integral de la Psicología de la Salud Aplicado a las Drogodependencias	87
6.1 La psicología conductual aplicada a la salud y las drogodependencias	90
6.2 Clínica conductual en drogodependencias	94
6.3 Modelo de cambio en la retirada de metadona al finalizar un tratamiento sustitutivo de mantenimiento	106

7	Variables Vinculadas a los Tratamientos de Mantenimiento con Metadona	111
7.1	Sociodemográficas	113
7.2	Clínicas	116
7.3	Repertorios competenciales	129
7.4	Consumo de sustancias	131
7.5	Tipo de tratamiento sustitutivo	135
7.6	Características del proceso de retirada de metadona	139
7.7	Resultado del proceso de retirada de metadona	143

II.	ESTUDIO EMPÍRICO	<i>Págs.</i>
8	Justificación	149
9	Objetivos e Hipótesis. Diseño	157
10	Método	161
10.1	Participantes	163
10.2	Variables del Estudio	171
10.3	Instrumento de evaluación	175
10.4	Procedimiento	189
10.5	Plan de Análisis	207
11	Resultados	219
11.1	Análisis Descriptivo	221
11.2	Puntuaciones en los cuestionarios del instrumento de evaluación.	239
11.3	Análisis de Supervivencia	259
11.4	Análisis Bivariante	269
11.5	Análisis Multivariante: Regresión Logística.	293
11.6	Análisis Multivariante: Regresión Simple.	319
12	Discusión	327
13	Conclusiones	383
14	Límites del Estudio y Propuestas de Futuro	397
15	Anexos	403
15.1	Instrumento de Evaluación	407
15.2	Coordinación Intercentros	433
15.3	Informe preliminar	441
16	Referencias	445
17	Índice de Tablas, Gráficos, Figuras Y Cuadros	469

La diferencia central entre los eventos psicológicos y los estudiados por el biólogo y el físico radica en el grado de importancia de la historia interconductual de los objetos participantes, al menos uno de los cuales es el organismo en los casos de la psicología y la biología. En psicología, esta historia interconductual es muy significativa; en biología lo es menos; en física es mínima. En otras palabras, los eventos psicológicos son relativamente menos dependientes de los rasgos estructurales de las cosas interactuantes, que los eventos biológicos o físicos.

J.R.Kantor

El papel de un modelo psicológico es el de guiar la acción e intervención prácticas en la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, en la medida en que esas prácticas no pueden considerarse efectivas si no es en relación con su aplicación oportuna respecto a la actividad social de los individuos. El conocimiento del proceso biológico de una enfermedad y las condiciones sociales de su epidemiología no son suficientes. Se requiere de un modelo de cómo aplicar este conocimiento en la forma de medidas efectivas que afecten la práctica cotidiana de individuos reales, dimensión que trasciende a los procesos moleculares del organismo y a las cifras poblacionales de la epidemiología.

E. Ribes

I

Marco Teórico

1. INTRODUCCIÓN

Desde la propuesta de Dole y Nyswander (1965), el clorhidrato de metadona ha sido considerado como un fármaco de elección apropiado para la desintoxicación de opiáceos en general y de heroína en particular. Utilizado al inicio de un tratamiento para la drogodependencia con el objetivo de desintoxicar al paciente, la sustitución de la heroína por la metadona no se prolonga más de tres meses, siendo lo habitual aplicar un procedimiento de retirada en 21 días una vez alcanzada la fase de estabilización tras la inducción del fármaco (Carreño, Campos y Bobes, 2005).

La utilización de la metadona como sustitutivo opiáceo sin objetivos de retirada a corto o medio plazo ha supuesto la base de los llamados *programas o tratamientos de mantenimiento con metadona* (PMM; TMM), según el procedimiento se aplicara en un contexto comunitario o en un ámbito sanitario; y durante muchos años, al menos en nuestro país, se les ha incluido en el marco de actuaciones relacionadas con la *reducción de daños* desde una interpretación restrictiva del modelo, entendida exclusivamente como un tipo de tratamiento paliativo.

Probablemente la asociación de los *Tratamientos Sustitutivos Opiáceos* (TSO) con los cuidados paliativos tenga que ver con la concepción patológica, crónica y recidivante de la adicción (Dole y Nyswander, 1967); pero su consolidación se debe fundamentalmente a la efectividad demostrada frente a la expansión de la infección por VIH entre los usuarios de drogas por vía parenteral (Buning, Van Brussel y Van Santen, 1995). Hasta hace apenas unos años, los pacientes con infección por VIH tenían poca esperanza de vida y los objetivos centrados en aumentar la *Calidad de Vida Relacionada con la Salud* (CVRS) se convirtieron en la principal tarea de los tratamientos con metadona. Durante más de una década se ha hablado de *objetivos intermedios* priorizándolos absolutamente frente al logro de la abstinencia. Durante esos años, la retirada o desintoxicación de metadona *después* de un tratamiento de mantenimiento no era considerada un tema de interés, e incluso podía ser rechazada por ir, supuestamente, en la dirección contraria a los planteamientos filosóficos de la reducción de daños.

Sin embargo en la clínica, algunos pacientes en tratamiento con metadona presentan expectativas de restauración de la situación previa a la adicción e identifican la efectividad del tratamiento con el logro del objetivo de retirada de la metadona (Bell, 2000) y, tras un tiempo prolongado de recibir el tratamiento sustitutivo, solicitan la retirada del fármaco y ponen a sus médicos, y tal vez al resto del equipo terapéutico, ante la situación de tener que evaluar, decidir y aconsejar la conveniencia o no de iniciar ese procedimiento y su probabilidad de éxito. O tal vez no, y simplemente los facultativos actúan iniciando el proceso ante la demanda del paciente mediante un procedimiento de *ensayo y error*, sin indicadores claros de pronóstico.

También ha ocurrido lo contrario. El gran avance en la terapéutica de la infección por VIH-SIDA ha mejorado *per se* la calidad de vida de muchos pacientes y al mismo tiempo la incidencia de esta patología se ha reducido entre drogodependientes admitidos más recientemente a tratamiento con metadona. El fármaco utilizado para el tratamiento de la drogodependencia a heroína ya no es considerado como una terapéutica especial, ni como una intervención paliativa, sino simplemente como un *tratamiento supervisado*, entre otros. Ante esta nueva realidad no son pocos los médicos que en los últimos años han propuesto a sus pacientes más estabilizados la retirada de la metadona y han tenido que planificar esa intervención atendiendo a las pautas establecidas, casi todas relacionadas con la reducción gradual de la dosis y poco más. No se ha tenido en cuenta que la exposición de un paciente a la retirada de un fármaco como la metadona requiere, además de una motivación clara para ello, habilidades de afrontamiento específicas, que será preciso identificar para poder promoverlas, inducir las o implantarlas en caso necesario. Ni tampoco se ha considerado la necesidad de entrenar a los pacientes desintoxicados en las habilidades y competencias necesarias para prevenir las recaídas post-tratamiento, exactamente igual a como se entrenan en tratamientos donde no es necesaria la utilización de fármacos o los fármacos prescritos no son metadona; tratamientos empíricamente validados que incluyen técnicas psicológicas basadas en la terapia de conducta (Secades y Fernández-Hermida, 2001).

Fuera de nuestro país y en años anteriores se han publicado estudios con porcentajes entre un 10% y un 51% de pacientes en TMM que han realizado en alguna ocasión un

proceso de desintoxicación (Cushman y Doyle, 1973; Lowinson y Lagrand, 1973), con diversos resultados en cuanto al éxito alcanzado, desde un 19% a un 46% en completar la desintoxicación (Latowsky, 1996/1998), pero descendiendo la tasa de éxito según se prolongaban los meses de seguimiento. Desde una óptica biologicista el logro de dosis cero ha estado asociado con el procedimiento de reducción de la dosis, y las recaídas con la prolongación de la sintomatología del síndrome de abstinencia vinculado a factores biológicos (Maddux, Desmond y Costello, 1987; Martin y Jasinski, 1969). Un número significativo de trabajos ha centrado su línea de investigación en el denominado *síndrome orgánico emocional* (Gossop, Powell, Avery *et al.*, 1990; Handelsman y Aronson, 1992; Kanof, Aronson y Ness, 1993; Wermuth y Brummett, 1987), caracterizado por una sintomatología aguda y prolongada del síndrome de abstinencia en cuanto al mantenimiento de alteraciones emocionales como euforia, ansiedad, depresión, vulnerabilidad, cambios de humor, hiperactividad y agotamiento.

Desde otros enfoques, diversos estudios han considerado otro tipo de factores como la duración del TMM (Stimmel, Goldberg, Rotkopf *et al.*, 1977); la calidad de vida (Eklund Mellin, Hiltunen, *et al.*, 1994), la motivación para finalizar el tratamiento (Cushman, 1978); el miedo al síndrome de abstinencia (Milby, 1988; Milby, Gurovitch, Homann, *et al.*, 1987); la psicoterapia (Milby, 1988) o las intervenciones sociales orientadas a la estabilidad laboral y el cambio en el estilo de vida (etc.).

En España existen pocos estudios sobre la frecuencia y el resultado de estas intervenciones y sin embargo pueden ser de un gran interés, ya que van dirigidas a un grupo clínico numeroso, de larga evolución en el tratamiento, en su mayoría sin cambios significativos en el estilo de vida, pero con la evidente presencia de conductas de riesgo (consumo de sustancias, repunte de la vía parenteral, uso de otras vías de administración de alto riesgo) capaces de reducir la efectividad del tratamiento. La mayoría de trabajos llevados a cabo con población española que han seguido una línea de investigación en drogodependencias centrada en la retirada de metadona tras un tratamiento sustitutivo se han planteado objetivos sobre la utilización de fármacos como la *buprenorfina*, con resultados que parecen indicar un mejor pronóstico de la desintoxicación si la metadona se sustituye por buprenorfina en la fase final del procedimiento, cuando las dosis son bajas

(Baño, 2003; Baño, López y Guillén, 2003; Bilbao, Lozano, Ballesta *et al.*, 2009; García-Cabeza y González-Rodríguez, 2003; González-Saiz, Ballesta, Bilbao *et al.*, 2009).

El propósito del estudio que presentamos es ampliar esta línea de investigación a objetivos distintos, aunque muchas veces complementarios de los farmacológicos, recogiendo las evidencias aportadas por otros investigadores sobre los factores asociados con el éxito en la retirada de metadona y observar los resultados en pacientes que siguen los tratamientos de mantenimiento con metadona que se realizan en los centros asistenciales de la Comunidad de Madrid. Sin menospreciar el logro en la reducción de daños y la mejora sustancial de la calidad de vida relacionada con la salud demostrados por los TMM, compartimos el criterio de aquellos primeros investigadores sobre nuestro mismo objeto de estudio cuando coincidían al afirmar que la calidad de vida de un paciente que se desintoxica con éxito de la metadona y se mantiene abstinente a otras drogas puede ser sustancialmente mejor que la de un paciente que se mantiene en tratamiento con metadona por tiempo indefinido (Eklund *et al.*, 1994).

2. ADICCIÓN A OPIÁCEOS Y TRATAMIENTOS INDICADOS

Las sustancias derivadas del opio (jugo extraído de las cápsulas de la amapola *papaver somniferum*) han sido objeto de abuso debido a sus propiedades reforzantes y su alto potencial adictivo. Las primeras drogas, de curso legal, eran moléculas naturales sintetizadas a partir de la planta: *morfina*, *papaverina*, *codeína*, *noscapina* y *tebaína*. Otras moléculas sintetizadas en laboratorio (a veces denominadas opioides), han llegado a ser mucho más potentes que la morfina, considerada la molécula de referencia entre los opiáceos.

2.1 El consumo de heroína como problema de salud.

La diacetilmorfina o heroína es una modificación semisintética a partir del clorhidrato de morfina y es aproximadamente dos veces más potente que la morfina en dosis equivalente. Surgió como medio para tratar la dependencia de la morfina y generó un grave problema de salud pública a partir de mediados del siglo XX, conocido como la *epidemia de heroína*, primero en los Estados Unidos durante los años 60 y 70 y a continuación en Europa y en España. La más alta prevalencia de la problemática asociada al consumo de heroína en España se dio entre 1987 y 1992, disminuyendo a partir de entonces (Sánchez-Niubó, Barrio Fortiana, *et al.*, 2009). A pesar de ello, el número de pacientes tratados por dependencia a heroína en todo el territorio español es todavía muy elevado: 18.904 en 2007 (PNSD. Observatorio Español sobre Drogas, 2009). El Observatorio Europeo cifra en 1.300.000 los usuarios problemáticos de opiáceos en la Unión Europea y Noruega en la actualidad (EMCDDA, 2011).

Los problemas asociados al consumo de heroína merecen una especial consideración en el ámbito de la salud, tanto para los individuos que la consumen como para su entorno social. En ambos aspectos, los daños asociados a su consumo han sido valorados como los segundos más importantes después de los atribuidos al consumo de alcohol (Nutt, King y Phillips, 2010). El consumo de heroína de curso ilegal puede producir enfermedades graves, algunas relacionadas con la vía parenteral de administración como la infección por VIH y la hepatitis C. Los efectos depresores sobre la actividad respiratoria pueden llegar a causar la muerte en caso de sobredosis. El deterioro cognitivo, personal y social que padece la persona dependiente a la heroína puede conllevar una reducción drástica en su calidad de vida

que termine afectándole emocionalmente generando estados continuados de estrés y depresión. La depresión está relacionada con la dependencia a opiáceos, sobre todo en situaciones de crisis aguda con alto nivel de estrés, tanto en los aspectos farmacológicos como en los sociales (Maddux, Desmond y Costello, 1987).

Las políticas en materia de salud de los diferentes países afectados han condicionado las respuestas ofrecidas desde las administraciones públicas a los problemas derivados del consumo de drogas en general y de la heroína de manera muy particular. En España, en un contexto de fuerte alarma social generado por la dependencia a la heroína y los problemas sanitarios y sociales asociados a ella, se creó el Plan Nacional Sobre Drogas en 1986, un año después de la aprobación de la Ley General de Sanidad, e inmediatamente se instauraron los Planes Autonómicos con competencias en materia de drogodependencias y se desarrollaron sistemas de atención a las personas afectadas en servicios profesionalizados y multidisciplinarios. Los tratamientos con sustitutivos opiáceos, implantados como tratamientos de mantenimiento con metadona, se generalizaron muy entrada la década de los 90, una vez modificada la ley que restringía los criterios de inclusión de pacientes en estos tratamientos (*Real Decreto 5/96, de 15 de enero, sobre la modificación del RD 75/90 de 19 de enero por el que se regulan los tratamientos con opiáceos a personas dependientes de los mismos*). El cambio normativo fue debido principalmente a la alta incidencia de casos de VIH-SIDA en población consumidora de heroína por vía parenteral.

2.2. Farmacología de los opiáceos: los procesos biológicos de adicción.

El cerebro humano sintetiza sus propios opiáceos endógenos. El sistema opioide endógeno tiene diversas funciones fisiológicas incluyendo la regulación del dolor (inhibiendo la respuesta al estímulo doloroso) y la modulación de las funciones gastrointestinales y endocrinas del sistema nervioso autónomo. Este sistema tiene un papel muy relevante en el circuito cerebral de recompensa y por tanto en los procesos de adicción.

Los opiáceos exógenos, administrados o autoadministrados, son compuestos con alto valor terapéutico, sobre todo como analgésicos, pero que por su gran potencial adictivo pueden generar un cuadro de dependencia como consecuencia de los cambios que se origi-

nan en respuesta a la administración repetida de la droga y que persisten durante largos periodos de tiempo, incluso después de haber interrumpido su administración.

Los opiáceos endógenos y exógenos se unen de forma específica a receptores que se encuentran en el sistema nervioso central (cerebro y medula espinal) y en el sistema nervioso periférico (plexos mientéricos digestivos y articulaciones). Se han aislado tres subtipos diferentes de receptores opiáceos en humanos: *mu*, *delta* y *kappa*.

Los opiáceos pueden actuar como agonistas, agonistas parciales o antagonistas en uno o varios de los receptores. Un agonista es aquella sustancia capaz de unirse a un receptor, activarlo y provocar una respuesta bioquímica o celular. Un antagonista es lo opuesto a un agonista ya que al unirse al receptor no solamente no lo activa, sino que lo bloquea para su activación por agonistas. Un agonista parcial activa el receptor pero no causa tanto efecto como un agonista completo y, además, presenta un techo máximo de efecto inferior del agonista.

La heroína es un opiáceo agonista puro con elevada eficacia. Otros agonistas puros son también la morfina, la metadona, la petidina y el fentanilo.

Los efectos de este grupo de agonistas sobre el sistema nervioso pueden dividirse en centrales y periféricos (DGPNSD, 2009):

Tabla 1. Acción de algunos fármacos sobre los receptores opiáceos

Receptor Fármaco	<i>Mu</i>	<i>Delta</i>	<i>Kappa</i>
Morfina	Ag+++	Ag+	Ag+
Petidina	Ag++	Ag+	Ag+
Metadona	Ag+++	Ag+	-
Fentanilo	Ag+++	Ag+	-
Pentazocina	An+	Ag+	Ag++
Butorfanol	An+	Ag+	Ag++
Buprenorfina	AP+++	-	Ag++
Naloxona	An+++	An+	An++
Naltrexona	An+++	An+	An+++

Ag= agonista; An=antagonista; AP= agonista parcial;

+ /+++ = magnitud de la acción; - = acción débil o nula)

Fuente: Comisión Clínica DGPNSD. Informe Heroína 2009

Efectos Centrales:

- *Sedación*: a dosis elevadas producen estupor, sueño profundo y coma; empeoran por tanto el rendimiento psicomotor. Si se administran dosis muy elevadas pueden aparecer convulsiones.
- *Euforia*: producen euforia, placer y sensación de bienestar, con reducción de la ansiedad. Este efecto es muy intenso y rápido por vía intravenosa y algo menor por vía fumada o inhalada. Es el efecto principal que explica su abuso. En la abstinencia aparecen alteraciones del estado de ánimo, inquietud y disforia.
- *Analgesia*: reducen los componentes sensoriales y afectivos (emocionales) del dolor. La analgesia es la propiedad terapéutica más importante, siendo dosis-dependiente. Alivian o suprimen dolores de gran intensidad (agudos o crónicos) y de múltiples localizaciones. La analgesia se debe a la acción sobre los receptores *mu* que controlan las vías del dolor de la médula espinal.
- *Depresión respiratoria*: deprimen la actividad respiratoria. Provocan una reducción del número de respiraciones por minuto que puede llegar a la apnea. Suprimen el reflejo de la tos, aunque las acciones antitusivas no se correlacionan con las analgésicas ni con la depresión respiratoria.
- *Miosis*: o constricción pupilar, se debe a la acción desinhibidora sobre el nervio oculomotor.
- *Náuseas y vómitos*: tras las primeras administraciones, por la activación del área postrema del bulbo raquídeo. El desarrollo de tolerancia al opiáceo inhibe este efecto.
- *Acciones neuroendocrinas*: estimulan la secreción de ACTH (hormona adrenocorticotropa); la hormona del crecimiento; la estimulante de los melanocitos; y la antidiurética. Inhiben la secreción de la TSH (hormona tiroestimulante) y las gonadotropinas (LH y FSH).
- Otros efectos centrales: pueden provocar hipotermia de origen hipotalámico e hipertonía muscular y rigidez.

Efectos Periféricos:

- *Gastrointestinales*: los agonistas opiáceos provocan un aumento del tono muscular en el tracto gastrointestinal, incluidos los esfínteres, y una reducción de la motilidad, lo que da una manifestación clínica de aparición de estreñimiento y una disminución de la secreción biliar y pancreática.
- *Cardiovasculares*: pueden provocar hipotensión por acción sobre el centro vasomotor. También puede aparecer bradicardia de origen vagal.
- *Liberación de histamina*: en zonas de la cara y parte superior del tronco; como consecuencia aparece sensación de calor, enrojecimiento facial y prurito.

- *Renales y urinarios*: aumentan el tono del músculo detrusor de la vejiga con sensación de urgencia miccional y el del esfínter, por lo que dificultan la micción (retención urinaria).
- *Otros*: reducen el tono uterino y por ello alargan el trabajo del parto. Los opioides administrados de forma crónica son inmunosupresores.

Los receptores opiáceos representan el sustrato neurobiológico común que media las propiedades reforzadoras de la mayoría de las drogas de abuso (cocaína, alcohol, cánnabis...). Producen una liberación de dopamina en el *núcleo accumbens*, un fenómeno común de todas las drogas de abuso, principalmente mediante la inhibición de interneuronas GABAérgicas. Tras la estimulación de un receptor opioide se producen una serie de cambios a nivel molecular que modifican las características de las membranas de las neuronas pre y postsinápticas y como consecuencia de esta modificación, se produce una acción inhibitoria y por lo tanto una reducción de su activación. La administración continuada de opiáceos produce cambios moleculares y de la expresión génica que son los responsables de los fenómenos de tolerancia, dependencia y abstinencia.

El diagnóstico de la dependencia a opiáceos se encuentra recogido en los sistemas internacionales de clasificación de trastornos mentales.

La DSM-IV-TR (APA, 2002), define dependencia de opiáceos cuando existen 3 ó más de los siguientes criterios:

- *Tolerancia*
- *Abstinencia*
- *Consumo de más cantidad o periodo más largo*
- *Deseo o esfuerzos por controlar / reducir el consumo*
- *Empleo de mucho tiempo (más de 2 horas) en actividades relacionadas con el consumo*
- *Disminución de la frecuencia de realización de otras actividades*
- *Persistencia en el consumo pese a reconocer que le causa problemas en su salud y/o en sus relaciones sociofamiliares.*

La CIE-10 (OMS, 1992), define dependencia si en algún momento de los 12 meses previos o de un modo continuo han estado presentes 3 o más de los siguientes síntomas:

- *Deseo intenso o vivencia de compulsión a consumir*
- *Disminución de la capacidad para controlar el comienzo o la finalización del consumo*
- *Abstinencia*
- *Tolerancia*
- *Abandono progresivo de otras fuentes de placer y aumento del tiempo para obtener, ingerir sustancias o recuperarse del consumo*
- *Consumo a pesar de presentar consecuencias perjudiciales, médicas o psicopatológicas.*

Los síntomas del Síndrome de Abstinencia a Opiáceos (SAO) son los opuestos a sus efectos farmacológicos y se asemejan a un cuadro clínico pseudogripal, con bostezos, mi-driasis, rinorrea, dolor muscular, sudoración, piloerección, náuseas y vómitos, diarrea, fiebre e insomnio. Se sufre inquietud y ansiedad y alteración del ánimo (disforia) y se presenta un deseo muy intenso de consumir la droga.

Según la DSM-IV-TR (APA, 2002), se puede diagnosticar un síndrome de abstinencia a opiáceos cuando se cumplen los siguientes criterios:

Tabla 2. Criterios diagnósticos de la abstinencia a opiáceos

<p>A. alguna de las siguientes posibilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado (varias semanas o más) de opiáceos. 2. Administración de un antagonista opiáceo después de un periodo de consumo de opiáceos
<p>B. Tres o más de los siguientes signos y síntomas, que aparecen de pocos minutos a varios días después del Criterio A</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Humor disfórico 2. Náuseas o vómitos 3. Dolores musculares 4. Lagrimeo o rinorrea 5. Dilatación pupilar, piloerección o sudoración 6. Diarrea 7. Bostezos 8. Fiebre 9. Insomnio
<p>C. Los síntomas del Criterio B provocan malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>
<p>D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental</p>

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2002)

La aparición de un cuadro de abstinencia a opiáceos depende de la dosis habitual y de la vía de administración. Para los agonistas de vida media de eliminación corta como la heroína, aparece rápidamente, con un máximo a las 24-72 horas y se resuelve espontáneamente en algo más de una semana. Con los agonistas de vida media larga, como la metadona y la buprenorfina, la abstinencia es menos intensa y aparece con mayor retraso.

La gravedad del síndrome viene determinada por la acumulación y la intensidad de los síntomas (Carreño, Campos y Bobes, 2005; Fernández-Miranda, 2008; DGPNSD, 2009):

- Ligero. Grado I: humor disfórico (ansiedad, irritabilidad), insomnio, lagrimeo, rinorrea, bostezos, sudoración
- Moderado. Grado II: (Síntomas de grado I con mayor intensidad) más: dolores musculares, midriasis, piloerección, temblores
- Intenso. Grados III y IV: (Síntomas de grado I y II con mayor intensidad) más: hipertermia, taquicardia, hipertensión arterial, fiebre, náuseas, vómitos, diarrea, fiebre, disfunciones sexuales (eyaculación y orgasmos espontáneos)

Tabla 3. Síndrome de Abstinencia a Opiáceos

CURSO TEMPORAL E INTENSIDAD DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA A OPIÁCEOS			SÍNTOMAS
LIGERO GRADO I	MODERADO GRADO II	INTENSO GRADOS III-IV	Ansiedad
			Irritabilidad
			(Depresión)
			Insomnio
			Bostezos
			Lagrimeo
			Rinorrea
			Sudoración
			Dolores O-M
			Midriasis
			Piloerección
			Calambres musculares
			T.A.:>160/95
			Aumento de temperatura
			Pulso > 90l/min
			Taquipnea
			Náuseas
			Vómitos
			Diarrea
			Fiebre
			Disfunciones sexuales

Fuente: DGPNSD. Informe Heroína, 2009; Fernández Miranda et al., Opiáceos: Guía Clínica, 2008; Carreño *et al.*, 2005

La aparición de síntomas de abstinencia de opiáceos de vida media corta, como la heroína, sigue un curso temporal que se inicia partir de las 4 horas de la interrupción del consumo de la droga y alcanza su punto máximo 36 horas después. En la desintoxicación de heroína, los síntomas del Grado I aparecen a las 4-6 horas de la interrupción del consumo. Entre la 6 y las 15 horas los síntomas ya presentes pueden incrementar su intensidad y aparecen los correspondientes al Grado II. A las 16-24 horas los del Grado III y entre las 25-36 horas, las del Grado IV, sin que desaparezcan los síntomas anteriores y aumentando su intensidad. A partir de las 72 horas, los síntomas se van reduciendo hasta desaparecer, aunque los factores psicológicos asociados a todo el proceso, pueden persistir durante semanas. El síndrome de abstinencia a opiáceos no pone en riesgo la integridad física o mental del paciente, con excepción de aquellos que presentan un grado considerable de vulnerabilidad, como enfermos de VIH-SIDA, mujeres embarazadas o pacientes con psicopatologías graves. En varios estudios se ha identificado la sintomatología del Grado I con el llamado síndrome orgánico del estado de ánimo (*Organic Mood Syndrome*). Los síntomas son descritos por los pacientes como un malestar físico (lagrimeo, rinorrea, dolor muscular) acompañado de insomnio, falta de apetito y distrés afectivo (ansiedad, irritabilidad, inquietud y fatiga). Este síndrome adquiere especial relevancia en la retirada de la metadona después de un tratamiento sustitutivo y dificulta el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo (Kanof et al., 1993; Wermuth y Brummet., 1987; 1982).

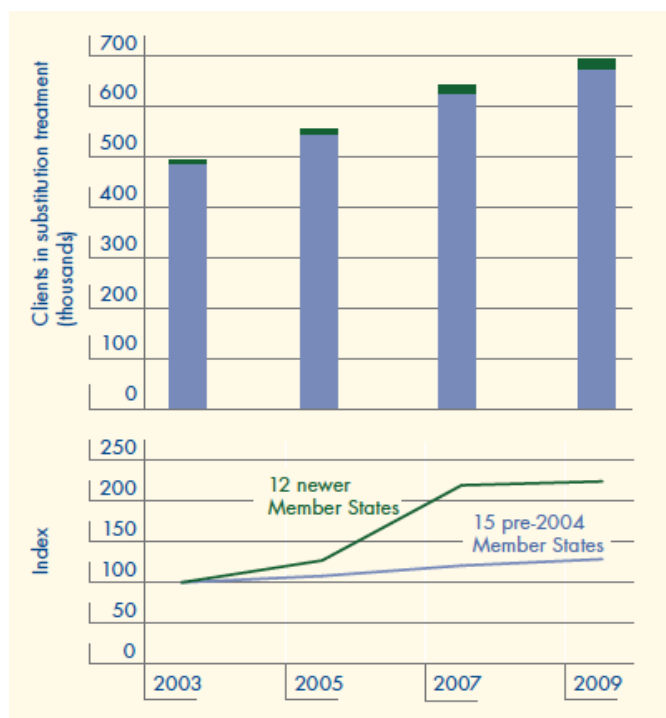
2.3 Tratamientos para la dependencia de heroína: Los Tratamientos con Sustitutivos Opiáceos (TSO).

Los tratamientos indicados para la adicción a la heroína suelen ser los tratamientos sustitutivos opiáceos (TSO). Según el Observatorio Europeo (2011), la indicación no es seguida por igual en todos los países que informan de consumos problemáticos con opiáceos. Los TSO están más generalizados en Estados Unidos, Europa y Australia.

La estimación de la prevalencia del consumo problemático de opiáceos en España en 2009 ha sido de 96.624 personas y la admisión a tratamiento por heroína como droga principal, de 18.032 pacientes, sin llegar a especificar el tipo de tratamiento seguido. Representa

el 34,3 % del total de admisiones y supone un ligero decremento respecto a 2008 (Observatorio Español de la Droga y la Toxicomanía, 2011).

**Gráfico 1. Pacientes en TSO en los estados miembros de la UE.
Los 15 estados de incorporación en 2004 y
los 12 estados miembros anteriores**

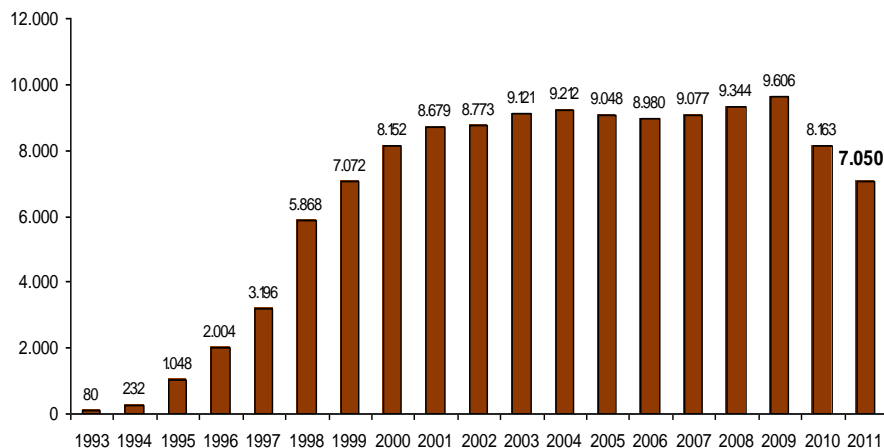


Fuente: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) 2012.

En Europa, la admisión a tratamientos sustitutivos opiáceos se ha incrementado gradualmente durante la última década, aunque en los estados miembros de más reciente incorporación el incremento ha estado más concentrado entre 2005 y 2007, inmediatamente después de su entrada en la Unión Europea.

En la Comunidad de Madrid, el mayor volumen de admisión a tratamientos sustitutivos con metadona se ha efectuado en 2009. Representa el 38% del total de admisiones a tratamiento (Agencia Antidroga, 2011).

Gráfico 2.

EVOLUCIÓN DEL Nº DE PACIENTES CON PRESCRIPCIÓN DE METADONA EN LOS CENTROS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Fuente: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. 2011

En el tratamiento de la adicción a opiáceos, sobre todo a heroína, se han utilizado frecuentemente agonistas opiáceos como la metadona.

La metadona es un agonista opiáceo sintético con afinidad por el receptor *mu* que tiene efectos similares a la morfina en humanos. La presentación más habitual es en un polvo blanco de gusto muy amargo y soluble en agua. Se absorbe con facilidad en el tracto gastrointestinal independientemente de la formulación (jarabe o comprimidos). Tiene muy buena biodisponibilidad (80 al 95%) y la semivida de eliminación se estima en 24-36 horas con una considerable variación individual (10 a 80 horas). La biotransformación se produce principalmente en el hígado y se elimina en forma de metabolitos en orina y heces. Este perfil farmacológico permite la administración oral y una dosificación única diaria con la que se consigue una concentración plasmática estable que evita la aparición de un síndrome de abstinencia (Fernández-Miranda, 2008).

La metadona se ha utilizado terapéuticamente para la dependencia a opiáceos en dos procedimientos distintos: a) el primero de ellos como tratamiento de la abstinencia a corto plazo, en procesos de desintoxicación; b) el segundo, como tratamiento sustitutivo a largo plazo, en los llamados tratamientos de mantenimiento con metadona.

a) Los tratamientos para la abstinencia emplean la metadona como un fármaco opiáceo sustitutivo de la heroína debido a su vida media larga y el fácil manejo clínico. La inducción de la dosis equivalente a la autoadministrada de heroína por el paciente concluye cuando se eliminan los síntomas de abstinencia. En estos tratamientos, la dosis adecuada para contrarrestar el SAO y de la cual se debe partir, no debe superar los 30- 40 mg /día (Martínez Delgado et al., 2005). Una vez controlado el síndrome de abstinencia a opiáceos y estabilizado el paciente se inicia una lenta disminución del fármaco reduciendo la dosis entre 2 y 5 mg /día hasta conseguir abstinencia. En la última fase se suele asociar tratamiento sintomático. La duración del proceso de desintoxicación suele durar entre 14 y 21 días, si bien en algunos casos se puede prolongar hasta los tres e incluso los seis meses. Aunque presenta algunas ventajas frente a otros procedimientos de desintoxicación (buen control del SAO, buena aceptación por los pacientes, bajo coste económico...), pocos pacientes logran la abstinencia y hay un menor índice de retención que en tratamientos de mantenimiento (Gossop, Mardsen, Stewart *et al.*, 2001). El porcentaje de éxitos oscila entre el 40 y el 60% según se realice en un medio ambulatorio u hospitalario (Carreño *et al.*, 2005).

b) Los tratamientos de mantenimiento con metadona (TMM) se basan en la sustitución de la heroína por la metadona, fármaco legal de uso clínico, durante un largo periodo de tiempo. El uso de la metadona como fármaco sustitutivo sin objetivos de alcanzar la abstinencia a corto plazo se incluye dentro de las estrategias de reducción de riesgos en drogodependientes y se define como el conjunto de medidas socio-sanitarias individuales y colectivas dirigidas a minimizar los efectos físicos, psíquicos y sociales negativos asociados al consumo de drogas (GID, 1996).

Las características de estos tratamientos varían en los distintos países que los han desarrollado. En España pueden ofrecer algunas diferencias entre unas comunidades autónomas y otras, aunque después de más de una década de su implantación generalizada y la numerosa cantidad de publicaciones científicas sobre ellos podría afirmarse que los procedimientos empleados son hoy día muy similares, lo que facilita el estudio sobre su efectividad, cuestión que en los primeros años de su implantación era muy controvertida.

Características de los TMM:

- Como primeras características de estos tratamientos mencionaremos los **criterios de inclusión**, regulados por la normativa legal que en nuestro país se ha ido modificando con el paso del tiempo, y los **objetivos terapéuticos**.

- Para Fernández-Miranda y Pereiro (2007, p.46):

“El mantenimiento con agonistas opiáceos está indicado en sujetos dependientes de opiáceos que no buscan inicialmente un tratamiento orientado a la abstinencia o que han fracasado repetidamente en sus intentos de conseguirlo. Una vez cumplidas estas condiciones, no existen contraindicaciones absolutas para realizar un tratamiento con metadona”

Los autores proponen los siguientes criterios:

Tabla 4. Criterios de inclusión/exclusión en tratamientos de mantenimiento con metadona

<i>Criterios de Inclusión</i>	<i>Criterios de Exclusión</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Demanda del paciente • Incapacidad de estabilizarse en otras alternativas terapéuticas • Entorno poco favorable para un estilo de vida libre de drogas (p. ej., parejas consumidoras) • Embarazadas adictas a opiáceos • Pacientes afectados por patología orgánica grave cuya recaída en el consumo pueda poner en peligro su vida • Situación de alto riesgo para el paciente para la adquisición del VIH o de otras enfermedades infecciosas • Pacientes adictos a opiáceos con patología psiquiátrica asociada • Actividades delictivas asociadas al consumo, estilo de vida marginal 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de dependencia • Menores de 18 años sin autorización • Hipersensibilidad al fármaco, insuficiencia respiratoria moderada/grave • En líneas generales se debe tener precaución en el asma y otras enfermedades respiratorias, TCE y elevación de la presión intracraneal, insuficiencia hepática moderada, insuficiencia renal, hipertrofia prostática, estenosis de uretra, patología abdominal aguda

Fuente: Fernández-Miranda y Pereiro (2007). Guía Clínica para el tratamiento de la dependencia de opiáceos. Valencia: Sociodrogalcohol.

- Para Tato (2009), la inclusión en tratamientos de mantenimiento con metadona está indicada en todos los pacientes dependientes de opiáceos que lo soliciten (de acuerdo con el Real Decreto 5/1996, para todo el Estado Español), excepto aquellos que hagan petición expresa de una intervención destinada a la abstinencia, que se evalúen capacitados para intentarlo y cuyas experiencias anteriores no lo desaconsejen. Para este autor la inclusión debe tener en cuenta el grado de cobertura de los objetivos del tratamiento:
 - la retención del paciente,
 - el abandono del consumo de opiáceos ilegales y
 - la disminución de la morbilidad y mortalidad que puede originar la dependencia.
- Otros autores incluyen objetivos más amplios. Martínez-Delgado, Ramírez-López, Molina *et al.*, (2005) describen los objetivos del tratamiento atendiendo a criterios sanitarios y sociales:

Generales:

- Reducir el consumo de heroína y otros opiáceos y mejorar la calidad de vida de la población drogodependiente atendida.

Específicos:

- Disminuir la morbimortalidad y conflictividad social y familiar del enfermo drogodependiente facilitando la posible incorporación social.
 - Prevenir la aparición de nuevos casos de contagio por el VIH en la población drogodependiente.
 - Aumentar la retención de los pacientes en relación al tiempo de permanencia en los centros.
 - Captar nuevos pacientes, que por sus características psicosociales no acceden a los servicios de salud normalizados.
 - Mantener a los usuarios estabilizados hasta su ingreso en los recursos de internamiento.
- El siguiente aspecto a determinar tiene relación con la consideración de la **dosis óptima**. El proceso de inducción de metadona finaliza cuando se consigue una dosis estable que permite que no haya síntomas de abstinencia a opiáceos ni deseo de consumo sin que aparezcan signos de sobredosificación (miosis, sedación...). Habitualmente la dosis óptima de estabilización se sitúa entre los 50 y los 120 mg/día (Torrens, 2009), aunque hay

importantes variaciones individuales. En otras publicaciones (Faggiano, Vigna-Taglianti, Versino y Lemma, 2008; Martínez-Delgado, Fernández-Repeto y Ramírez-López, 2005), se establece el rango terapéutico entre 60-120 mg/día. La fase de estabilización se acaba una vez que la dosis se mantiene estable durante más de una semana y es considerada adecuada por médico y paciente. El tiempo necesario para lograr este objetivo puede llegar a seis semanas o más.

- La **prescripción** médica del fármaco suele ir acompañada de una atención sanitaria integral, en servicios de salud específicos o vinculados a Servicios de Salud Mental, dependiendo del desarrollo de la normativa vigente en cada Comunidad Autónoma. La intervención psicológica y las actividades orientadas a la reinserción social suelen formar parte de los servicios incluidos en los tratamientos con metadona.
- El procedimiento de **dispensación** es también una de las características determinantes de los tratamientos de mantenimiento con metadona. Inicialmente la dispensación de las dosis suele ser diaria, al menos hasta alcanzar la dosis óptima y considerar el tratamiento efectivamente establecido. Una vez superada esta primera fase, la frecuencia de dispensación puede espaciarse utilizando el procedimiento de dosis para casa (*take home*). En muchos casos este procedimiento autoadministrado requiere el control por el equipo sanitario de la ingesta del fármaco del paciente para asegurar su uso terapéutico y no contraproducente (por interacción con otras sustancias de abuso o con otros fármacos). Para ello se realizan análisis toxicológicos de sustancias, incluyendo la metadona. La dispensación de las dosis se realiza habitualmente en los centros o unidades de atención a drogodependientes, en oficinas de farmacia que colaboran con las Administraciones Públicas para tal fin o en unidades móviles cuando no existe un centro de dispensación con la suficiente proximidad al lugar de residencia de los pacientes. En algunas Comunidades Autónomas, como Andalucía, la dispensación se realiza en Centros de Atención Primaria y Hospitalaria (Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, 2002).

2.4 Efectividad de los tratamientos de mantenimiento con metadona.

El logro de los objetivos terapéuticos contemplados en los TMM, es decir la efectividad de los tratamientos, ha sido una de las líneas principales de investigación en el campo de las drogodependencias y tal vez la más prolífica en España durante los años 90 y 2000. Las primeras investigaciones sobre los resultados de los programas de mantenimiento con metadona estaban dirigidas a replicar la existencia de los efectos que se les atribuían. La revisión hecha por Fernández-Hermida y Secades (2000), informa de tres grandes estudios realizados en los Estados Unidos durante los años ochenta y noventa: el *Drug Abuse Reporting Program of Texas Christian University* (DARP); el *Treatment Outcome Prospective Study* (TOPS), y el *Drug Abuse Treatment Outcome Study* (DATOS), con resultados favorables en los siguientes indicadores:

- Descenso del consumo ilícito de sustancias
- Reducción de los actos delictivos durante el tratamiento
- Mejora de la actividad (integración) social, tanto durante como después del tratamiento
- Elevado nivel de retención

Con la aparición de la infección por VIH, los tratamientos de mantenimiento con metadona han sido considerados como abordajes extraordinariamente útiles para frenar su expansión. La revisión hecha por Rodríguez-Martos (1994) sobre estudios de efectividad de estos tratamientos indica resultados favorables en esa dirección:

- El abandono o reducción de la vía parenteral, hasta en un 80%
- La disminución en la frecuencia del uso de agujas compartidas hasta en un 40%
- La disminución del consumo de heroína (94%) y cocaína (64%)

Más recientemente y de acuerdo con la revisión de la evidencia científica realizada por Torrens y Fonseca (2009), en varios meta-análisis que comprenden estudios realizados en la década de los 90 y principios de los años 2000, la eficacia/efectividad de los tratamientos con sustitutivos opiáceos está convenientemente demostrada respecto a:

- La disminución del consumo de heroína
- La disminución de las conductas de riesgo frente al VIH
- La disminución de actividades ilegales
- La disminución del riesgo de sobredosis mortal
- La mejora de la calidad de vida relacionada con la salud
- La tasa de retención de los pacientes, base de los efectos anteriores.

Sin embargo, otros estudios ofrecen resultados menos alentadores (Sánchez-Pardo, 2000), al mostrar una tendencia creciente hacia el consumo de cocaína entre los adictos a heroína bajo tratamiento de metadona y la existencia de elevados niveles de recaída en el consumo de heroína entre usuarios que finalizan el tratamiento de mantenimiento con metadona, logrando mantener la abstinencia sólo entre el 10 y el 20% de los pacientes (Zweiben, 1997). También se han obtenido resultados que muestran una alta prevalencia de consumo de alcohol, cánnabis y de benzodiacepinas entre los pacientes en tratamiento con metadona (Barthwell y Gastfriend, 1997; Carreras y Carrobles, 2004; Correa, 2009; Peles, 2006). Si bien es cierto que el consumo de otras sustancias no se inicia durante el tratamiento con metadona ya que es frecuente el uso simultáneo de varias sustancias (politoxicomanía) entre usuarios de drogas, el problema se presenta cuando dicho consumo persiste durante el tratamiento con metadona, debido a que se incrementa el riesgo de interacción o de toxicidad peligrosa por la combinación de metadona con otra sustancia psicoactiva (Barthwell y Gastfriend, 1997; Moreno, Roja, Guilbert-Rahola, *et al.*, 2000; Puche, Faus, Soler *et al.*, 2000) y también en cuanto a que puede afectar a logros significativos en su calidad de vida (Carreras y Carrobles, 2004).

Es posible que las primeras investigaciones sobre la efectividad de estos tratamientos se encontraran con un importante problema metodológico, como señala el Informe GAO (*General Accounting Office*) en los Estados Unidos (USA, 1990), desvelando una gran disparidad en los resultados de los 24 programas de metadona analizados que se correspondían con una también amplia disparidad en los objetivos y los procedimientos empleados en la aplicación de los tratamientos sustitutivos. Esta misma dificultad es comentada en trabajos más recientes (Amato, Davoli, Perucci, *et al.*, 2005). La revisión llevada a cabo por estos autores para comparar la efectividad entre diferentes tipos de tratamientos para la adicción a opiáceos (mantenimiento con metadona a diferentes dosis; mantenimiento con buprenorfina, mantenimiento con heroína inyectada; tratamiento con otros agonistas como el L.A.A.M, desintoxicación con metadona; y no tratamiento), indica que el tratamiento de mantenimiento con metadona es el procedimiento más efectivo en la retención de pacientes y en el abandono del consumo de heroína, puntualizando que la eficacia del tratamiento depende directamente de la dosis administrada: altas dosis de metadona se asocian con una

mayor retención. Pero al mismo tiempo advierten la dificultad de comparar resultados entre unos procedimientos y otros debido a la baja homogeneidad de los tratamientos por un lado y, por otro, a que todos los trabajos revisados se habían realizado en un contexto sociocultural y político particular (Estados Unidos), siendo necesario diversificar las investigaciones en este sentido para llegar a conclusiones más generalizables.

La utilidad de los tratamientos de mantenimiento con metadona se ha vinculado con mucha frecuencia al efecto farmacológico de la metadona y a las dosis recomendadas. El efecto se considera eficaz cuando se logra la estabilización biológica y se consigue reducir la sintomatología de abstinencia, inhibir el deseo de consumo (*craving*), bloquear el efecto euforizante de la heroína y mejorar los estados de ánimo (Tremoleda, 2009). Por otro lado, cada vez más estudios han insistido en una mayor efectividad de los tratamientos de mantenimiento con metadona si se tienen en cuenta otras variables relacionadas con el tipo de servicio ofertado. Ball y Ross (1991), demuestran la importancia de los factores relacionados con la organización de los programas terapéuticos. Según estos autores, la retención en el tratamiento está en estrecha relación con la existencia de servicios de rehabilitación ofertados a los pacientes, con unos objetivos de mantenimiento a largo plazo, con dosis adecuadas de metadona, con profesionales competentes y equipos estables y acogedores. Los autores insisten en la primacía de los factores propios del programa sobre los factores ligados a los pacientes, entre los que señalan de peor pronóstico para la efectividad del tratamiento: la edad temprana en el inicio del consumo de drogas, las actividades delictivas previas al inicio del tratamiento y el consumo de cocaína.

Mino (1993), comparte los criterios mencionados anteriormente y opina que las tres variables cruciales en relación a la efectividad de los tratamientos con metadona son: la dosis, la duración del tratamiento y la calidad de los servicios ofertados. La revisión que Mino realiza de estudios sobre efectividad de los TMM concluye que dosis inferiores a 60 mg/día no representan dosis óptimas para la gran mayoría de los pacientes. Los estudios revisados por la autora informan de correlaciones positivas entre retención al tratamiento, disminución del consumo de heroína y disminución de actividades delictivas. En varios trabajos se encuentra a su vez una correlación entre duración y resultados positivos al finalizar el tratamiento; según estos estudios, el tiempo para obtener resultados significativos durante el

tratamiento varía entre uno y tres años. Según Mino, los motivos para finalizar el tratamiento son variables. En algunos estudios se sugiere que los pacientes que terminan de forma positiva, con el consentimiento del equipo, tienen muchas más posibilidades que los demás de obtener buenos resultados después del tratamiento; por el contrario, los pacientes que deciden finalizar el tratamiento con metadona sin el consentimiento del equipo tienen 5 veces más posibilidades de recaída. La cuestión que Mino se plantea es si el factor relacionado con la efectividad del tratamiento es la duración del mismo o los cambios en el estilo de vida de los pacientes que se puedan producir durante el TMM, como así lo aseguran varios de los trabajos analizados por la autora. Los cambios en el estilo de vida están relacionados con la ampliación de la oferta de servicios en los tratamientos de mantenimiento con metadona. En este sentido Mino resalta, entre otras, las aportaciones de Ball y Ross (1991), asegurando la importancia de los servicios psicosociales y su asociación con la reducción del consumo de heroína, de cocaína y de las actividades delictivas, además de con la retención en tratamiento. La dificultad, según apunta la autora de acuerdo con otros investigadores, es que el término de apoyo o servicio psicosocial no implica ninguna definición clara. Trabajos realizados en Australia informan que estos servicios están a cargo de profesionales enfermeros. En Estado Unidos los *consejeros* no siempre son profesionales, recayendo esta responsabilidad en antiguos toxicómanos que han seguido un programa de formación. Las actividades que se realizan en el contexto de lo psicosocial también son muy variadas: reuniones informales o regulares, intervenciones estrictamente sociales, intervenciones psicoterapéuticas, trabajos grupales. La diversidad de disciplinas y actividades implicadas en los servicios ampliados de los TMM hace muy difícil la comparación y la evaluación de sus resultados. Sin embargo parece haber un consenso generalizado respecto a la importancia de estos factores a pesar de las dificultades metodológicas para su comprobación y del incremento del coste económico de los tratamientos. Mino diferencia las intervenciones psicoterapéuticas de carácter clínico de las llamadas psicosociales, más enfocadas al funcionamiento social general de los pacientes y observa que hay pocos estudios concluyentes sobre la relación de las intervenciones psicoterapéuticas con la efectividad de los TMM. No obstante menciona los trabajos de Woody en 1983 y 1987 y de McLellan en 1986, cuyas conclusiones son favorables a la intervención psicoterapéutica frente al exclusivo apoyo psicosocial; en el estudio de Woody sin encontrar diferencias entre la psicoterapia de corte dinámico y la de orientación

cognitivo-conductual. McLellan únicamente comparó las intervenciones psicosociales con la psicoterapia de tipo cognitivo-conductual.

Uno de los factores que aparecen como de gran relevancia en los resultados positivos de la psicoterapia en los TMM es el del terapeuta. Luborski, McLellan, Woody *et al.* (1985), revisaron 4 estudios y observaron diferencias significativas entre terapeutas de la misma modalidad. Las características positivas las resumían en desarrollar una relación calurosa y mantenida para crear las bases de la alianza terapéutica y utilizar técnicas terapéuticas en la línea de la teoría declarada. Miller y Brown (1991), McLellan (1988) y Zweben (1991), confirman estos resultados. Crits-Christoph, Beebe y Connolly (1990), evalúan en un 55% el efecto ligado al terapeuta en la variabilidad de los resultados observados.

Mino finaliza sus conclusiones afirmando que los factores relacionados con los psicoterapeutas deberán ser controlados en los estudios futuros antes de deducir las diferencias de eficacia entre las técnicas.

Revisamos a continuación los modelos de intervención en drogodependencias desarrollados hasta el momento actual, señalando sus características diferenciales, tanto en los fundamentos teóricos, metodológicos y tecnológicos, como en el tipo de relación terapéutica que establecen.

3. MODELOS CONCEPTUALES EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES: UNA REVISIÓN HISTÓRICA

Las conclusiones de Mino (1993), respecto a la influencia de intervenciones psicológicas y sociales, diferentes a la estrictamente biomédica, en los resultados de los tratamientos de mantenimiento con metadona y el grado de dificultad metodológica mencionado para su definición y consiguiente investigación, requieren situar estos tratamientos en el contexto de las opciones terapéuticas que han ido surgiendo, desde hace ya más de un siglo, como respuestas a las diversas problemáticas sanitarias y sociales generadas por el consumo de drogas. En esta revisión histórica aparecen planteamientos que van marcando las diferencias de concepción y de intervención en las adicciones (Carreras, 2011).

Señalamos tres elementos diferenciales que, desde nuestro punto de vista adquieren una gran relevancia en la clínica y en la investigación de las drogodependencias:

1. El primero de ellos es tal vez la definición misma del problema, planteado en ocasiones como enfermedad y desde otras perspectivas como conducta aprendida o conducta de riesgo. Definiciones que no siempre son entendidas como antagónicas pero que también por ello mismo pueden llevar a confundir paradigmas de distinta base científica, como la biomedicina y la psicología.
2. La segunda cuestión diferencial tiene relación con el objetivo único de abstinencia frente objetivos más amplios y flexibles de reducción de los daños ocasionados por el consumo de drogas. En este sentido cabe la posibilidad contraria de negar el logro de objetivos de desintoxicación y deshabituación y tratar las adicciones como patologías necesariamente crónicas con tratamientos indefinidos en el tiempo.
3. Por último, tiene gran relevancia la focalización exclusiva de las intervenciones en el hecho mismo del consumo de drogas y la adicción, sin apenas establecer diferencias entre lo uno y lo otro y sin tener en cuenta el contexto social en el que surgen los problemas derivados de ese consumo.

Todas estas posiciones se encuentran representadas en los modelos que exponemos a continuación: el modelo moral, el modelo de enfermedad, los modelos democráticos o jerárquicos de las comunidades terapéuticas, el modelo de reducción de daños, el modelo motivacional y los diversos modelos conductuales (conductismo radical, cognitivo-conductual, contextual e interconductual).

3.1 El Modelo Moral: *Alcohólicos Anónimos*

El modelo basado en concepciones religiosas o espirituales como base de comprender y tratar los problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas está representado por la organización de Alcohólicos Anónimos (AA).

En sus orígenes, sus planteamientos estaban en parte inspirados por los escritos de Richard Peabody (1931), que había publicado *The common sense of drinking* donde define el alcoholismo como síntoma de un problema subyacente que considera incurable y propone un tratamiento orientado a la abstinencia permanente. Pero a diferencia del programa que después desarrollaron Alcohólicos Anónimos, Peabody describe una metodología de tratamiento individual y secularizado totalmente ajena a cualquier elemento espiritual o religioso basada en el control de las emociones aunque introduce también algunos conceptos por entonces novedosos del psicoanálisis freudiano. Él mismo había sido tratado de su alcoholismo en una clínica perteneciente al *Movimiento de Emmanuel* (McCarthy, 1984), cuyo fundador, Elwood Worcester, desarrolló métodos que fueron empleados por médicos y psicólogos para el alivio del sufrimiento físico y mental. Richard Peabody adaptó estos métodos y los aplicó al tratamiento de pacientes alcohólicos. Varios profesionales de la medicina aplicaron sus técnicas en varios hospitales de Nueva York, Filadelfia y Boston. Los seguidores de Peabody continuaron su trabajo hasta la década de 1950.

Alcohólicos Anónimos como organización libre, no profesional y con profundas raíces religiosas, fue apartándose gradualmente de los métodos promulgados por Peabody y desarrolló un programa propio de atención a los alcohólicos: el Programa de los Doce Pasos.

Los Doce Pasos:

1. *Admitimos que somos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se han vuelto ingobernables.*
2. *Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior puede devolvernos el sano juicio.*
3. *Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios del modo como nosotros lo concebimos.*
4. *Sin miedo hacemos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.*
5. *Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.*
6. *Estamos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos libere de todos estos defectos de carácter.*
7. *Humildemente le pedimos que nos libere de nuestros defectos.*

8. *Hacemos una lista de todas aquellas personas a quienes hemos ofendido y estamos dispuestos a reparar el daño que les hemos causado.*
9. *Reparamos directamente a cuantos nos es posible el daño causado, excepto si el hacerlo implica perjuicio para ellos o para otros.*
10. *Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocamos lo admitimos inmediatamente.*
11. *Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos deje conocer su voluntad para con nosotros y nos de la fortaleza para cumplirla.*
12. *Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a otros alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.*

El programa considera que el egocentrismo es la enfermedad espiritual que subyace al alcoholismo. No pretende ser una explicación científica, es sólo una perspectiva que la organización considera útil para lograr la abstinencia. El proceso de trabajar los pasos está destinado a sustituir el egocentrismo por una creciente conciencia moral, una voluntad de sacrificio y una acción constructiva desinteresada. Esto se conoce como un despertar espiritual o una experiencia religiosa.

El programa de los doce pasos se acompaña de un código de funcionamiento interno conocido como las *Doce Tradiciones* en las que se defiende la unidad del grupo por encima de cualquier otro objetivo y donde se reconoce a Dios como autoridad fundamental. Rechazan el carácter profesional de la asociación aunque admiten contribuciones en este sentido y se proponen como tarea principal llevar su mensaje a otros alcohólicos.

Bajo estas reglas fundamentales el programa de los doce pasos se desarrolla a través de reuniones cerradas para miembros del grupo y otras abiertas a familiares y personas cercanas a la asociación. Las cerradas adoptan un formato pseudo-terapéutico y en ellas uno o dos oradores cuentan sus historias relacionadas con el alcohol. La confidencialidad no es una obligación legal para los miembros de AA (Coleman, 2005). Los recién llegados tienen además asignado un tutor o *patrocinador*, miembro con más experiencia que guía al aspirante a través del programa. Los nuevos miembros en los programas de doce pasos son alentados a asegurar una relación con al menos un patrocinador. Completar los doce pasos implica ser competente para patrocinar a los recién llegados en su recuperación.

El modelo de los Doce Pasos ha suscitado críticas a lo largo del tiempo. Para algunos autores el Programa de Alcohólicos Anónimos es heredero de la filosofía del *Counter-Enlightenment* (*Contra-Ilustración*) (Humphreys y Kaskutas, 1995), término utilizado en referencia a una corriente de pensamiento originada en la Alemania de finales del XVIII y principios del siglo XIX muy extendida en los Estados Unidos, contra el racionalismo, el universalismo y el empirismo comúnmente asociados con otro movimiento surgido previamente en Europa y defensor de la racionalidad y de la ciencia: *La Ilustración*. Otras críticas en la misma dirección apuntan a un modo de organización demasiado estricto con difusión de ideas dogmáticas y excesiva dependencia del grupo, donde la religión supone un obstáculo para la ciencia perjudicando a muchos alcohólicos que necesitan un tratamiento distinto (Cain, 1963).

3.2 El Modelo de Enfermedad: *La Experiencia Minnesota*.

La opinión mayoritaria sobre el alcoholismo en los años que siguieron a la *Ley Seca* en los Estados Unidos entendía el problema como una *debilidad* o un *fallo moral*. La posición oficial de Alcohólicos Anónimos sobre el alcoholismo como enfermedad en un principio era evitar el término y no considerarla exactamente como tal. Años después, en la Conferencia de 1973, la organización afirmaba categóricamente que todos sus miembros tenían la “enfermedad del alcoholismo”.

Este cambio drástico de modelo se produjo a finales de la década de los años 40 en los Estados Unidos, cuando se inició una estrecha colaboración entre la Asociación de AA y el entonces denominado *Comité Nacional para la Educación sobre el Alcoholismo* que actuando a modo de relaciones públicas del movimiento consiguió una buena disposición de científicos y médicos para promover el modelo de la enfermedad del alcoholismo. Los Alcohólicos Anónimos, hasta entonces una red de apoyo informal, pasaron a ser reconocidos como un programa de apoyo en el tratamiento de alcohólicos, un cambio de calificación fundamental que determinó lo que vino después: la colaboración estrecha en el tratamiento y la derivación mutua de pacientes que consiguió incrementar hasta niveles inimaginables el volumen de atenciones, hasta ese momento mas bien bajas en ambos estamentos. Algunos autores

(Brodsky y Peele, 1991), opinan que sin esta colaboración médica la organización Alcohólicos Anónimos no podría haber disfrutado del éxito perdurable que lo distingue de los demás grupos de la templanza iniciales.

En este contexto surge la llamada *Experiencia Minnesota*. Entre 1948 y 1950 se fundaron tres centros de tratamiento de alcohólicos en el estado de Minnesota, USA: Pioneer House, Hazelden y el Willmar State Hospital. *Hazelden Farm* fue creado en el año 1949 por Austin Ripley y un grupo de la organización de Alcohólicos Anónimos (AA) recuperados, Lynn Carroll entre ellos. El programa estaba basado en las enseñanzas de la organización de la que procedían, especialmente en los *Doce Pasos*. En 1966 Carroll deja Hazelden marcando el final de una era; el estricto estilo de Alcohólicos Anónimos se sustituye por el enfoque integral e interdisciplinario del tratamiento de la adicción. Los ex-adictos, consejeros de AA, siguen interviniendo en el tratamiento pero se integran otros componentes para hacer frente a lo espiritual, familiar, social y las necesidades psicológicas de los pacientes y sus familias. Los equipos interdisciplinarios profesionalizados estaban formados por psicólogos, clero, servicios de atención a las familias y una unidad médica integral. Este enfoque se conoció como el *Modelo Minnesota*.

Sobre esta base Hazelden adoptó los principios desarrollados a lo largo de los años 50 en otra institución de Minnesota, el *William State Hospital* que consideraban las drogodependencias no como síntomas de algún trastorno subyacente sino como una enfermedad primaria y multifásica, es decir, que afecta a las personas física, mental y espiritualmente y debe ser tratada en todos sus componentes.

Congruentemente, al considerar que una adicción es una enfermedad, no se responsabiliza a la persona que la sufre. La implicación de que el enfermo no es culpable y el abordaje terapéutico que se deriva de ello ha sido uno de los pilares del Modelo Minnesota. La enfermedad es considerada incurable y se prescribe la necesidad de un cuidado continuado a lo largo del tiempo para lograr la recuperación. El tratamiento inmediato es la intervención directa sobre la adicción considerada como el proceso primario. El tratamiento incorpora el programa de los Doce Pasos propio de Alcohólicos Anónimos y pretende alcanzar dos metas

a largo plazo. La primera, la abstinencia de todo tipo de drogas; la segunda, un cambio en el estilo de vida que incluye aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Para lograr las metas a largo plazo se trabaja con las metas a corto plazo:

- Ayudar al adicto y a su familia a reconocer la enfermedad y las consecuencias que ha tenido en su vida.
- Ayudar a la persona a admitir que necesita ayuda y convencerse que podrá vivir una vida constructiva con la realidad de una enfermedad que no tiene cura.
- Ayudar a la persona a identificar cuáles son las conductas que tiene que cambiar para poder vivir con la enfermedad de una forma positiva y constructiva.
- Ayudar a la persona a traducir su entendimiento en acción para desarrollar un estilo de vida diferente a través del cuidado continuo y la ayuda mutua.

Estos principios establecen las bases para un modelo de origen norteamericano que se expandió enormemente durante la década de 1960 y se generalizó en años posteriores al tratamiento de otras drogodependencias. El modelo Minnesota ha sido emulado en todo el mundo integrando varias disciplinas en el tratamiento de la adicción: consejeros de Alcohólicos Anónimos con los que colaboraron estrechamente, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, clero y otros terapeutas. Estas personas se encontraban trabajando en equipos a menudo por primera vez. Y lo que les unía era la idea de tratar a toda la persona: cuerpo, mente y espíritu.

Aunque el modelo Minnesota de rehabilitación es intensivo, de corta duración y ambulatorio con objeto de favorecer que el paciente no se desligue de su entorno y pueda incorporarse a sus actividades en un plazo breve, también se ha empleado en modalidades cerradas de tratamiento, bien durante todo el proceso bien en fases diferenciadas del mismo, en centros denominados *comunidades terapéuticas*.

3.3 Las Comunidades Terapéuticas: *Modelo Democrático vs Modelo Jerárquico*.

El término *comunidad terapéutica* fue acuñado por Thomas Main (1946), en su artículo "*El hospital como institución terapéutica*" y posteriormente utilizado por otros entre los que se encuentran Maxwell Jones, Ronald Laing y la Asociación de Filadelfia, David Cooper y Bie-rer Josué.

En el surgimiento y posterior evolución de las comunidades terapéuticas para el tratamiento de las adicciones se pueden identificar dos modelos claramente diferenciados tanto en su concepción del problema como en las prácticas terapéuticas desarrolladas para darle solución.

Un primer modelo, el británico, cuyo principal representante es Maxwell Jones (1968), orientado en sus orígenes hacia la asistencia de diversos problemas de salud mental en general; y un segundo modelo, norteamericano, derivado de la filosofía de Alcohólicos Anónimos, en el que se aprecian a su vez dos desarrollos: el que mantiene una estructura jerárquica, no profesional, con fuertes componentes morales y/o religiosos representado por su fundador Charles Dederich y el que, aun manteniendo las líneas generales de estructura jerárquica, incorpora los principios y métodos profesionales del Modelo Minnesota, fundado conjuntamente por Basan, Carriel y O'Brien. Según Comas (2006), los dos modelos representan estructuras corporativas distintas y responden a tradiciones ideológicas alternativas.

El Modelo Inglés: La Comunidad "Democrática":

Maxwell Jones (1968), es una figura representativa del inicio de la corriente de la anti psiquiatría que tuvo su máximo esplendor a finales de la década de los años 60 con otros colegas ingleses como David Cooper (1967) y Ronald Laing (1960). La antipsiquiatría nació como una lucha contra las instituciones tradicionales que atendían a los enfermos mentales con prácticas generalizadas de represión y violencia. El movimiento suponía una crítica a estas prácticas y a la noción de enfermedad mental. Cooper creó un pabellón para jóvenes esquizofrénicos en un gran hospital del noroeste de Londres en 1962 al que denominó "Villa 21". Laing y otros psiquiatras organizaron una comunidad para pacientes mentales, "Kingsley Hall", en 1965. El modelo de Kingsley Hall fue imitado por González-Duro (1982) en España en su propuesta de "Hospital de Día". En Italia este movimiento estuvo representado por Franco Basaglia (1975), que había trabajado con Jones en Londres, donde había aprendido el funcionamiento de una comunidad terapéutica, experiencia que aplicó en el Hospital Psiquiátrico de Gorizia en 1962 y en el Hospital de Trieste en 1971.

Para Jones (1968), la comunidad terapéutica suponía un intento de establecer un sistema democrático en los hospitales reemplazando la actitud de dominación de los médicos por un

sistema de comunicación abierta entre pacientes y profesionales. Como principio fundamental se planteaba que todas las intervenciones en el seno de la comunidad eran en sí mismas terapéuticas y el objetivo último tenía que ver con favorecer procesos de maduración en las personas. La organización interna se basaba en asambleas conjuntas para la toma de decisiones y entre las actividades predominaban prácticas socio-educativas para la adquisición de habilidades y destrezas que facilitaran la reinserción social. Se priorizaba la terapia de grupo frente a la medicación y si bien en su origen la mayoría de los aportes teóricos provenían del psicoanálisis, la tendencia marcada por Jones incluía la integración de todas las orientaciones terapéuticas vigentes como los modelos conductuales y la teoría de los sistemas.

El Modelo Norteamericano: Synanom y Daytop Village

El modelo de comunidad terapéutica en los Estados Unidos surge directamente de los grupos de ayuda mutua, cuya máxima representación la ostenta la organización de Alcohólicos Anónimos. La versión de comunidad más ortodoxa con la filosofía de AA está representada por Synanom (Comas, 2006), centro fundado en el año 1958 por Charles Dederich, ex miembro de AA, que junto a otros miembros de la asociación comienza a captar personas con problemas de consumo de alcohol y otras drogas, sobre todo heroinómanos. La comunidad creada no recibe dinero público y no admite profesionales. Constituye lo que más tarde se ha denominado una *comunidad de vida* donde la seguridad de la abstinencia sólo es posible dentro de la residencia por lo que se transforma en algo permanente, sin altas ni salidas por fin del tratamiento. La base de la metodología terapéutica utilizada eran los llamados juegos de Synanom (*Synanom Games*), basados en estrategias de confrontación entre los diferentes participantes. Miller y Rollnick (1999), comentan algunas de estas estrategias como la *terapia de ataque*, *la silla caliente* o *el corte de pelo emocional*. Estos autores señalan que las tácticas de confrontación se han reservado casi exclusivamente para el tratamiento de personas que sufren problemas por el consumo de alcohol u otras drogas, también para otros grupos concretos de delincuentes; por el contrario no se han utilizado como terapia para pacientes con depresión, ansiedad, esquizofrenia, cáncer, hipertensión o diabetes. En Synanom se ofrecía a los internos una escala de ascenso en la pirámide jerárquica, pudiendo llegar incluso a directivo. Esta estructura piramidal y altamente jerarquizada, la ausencia de profesionales, el fuerte componente moral de las intervenciones, la figura sobredimensiona-

da del líder y el aumento de adeptos llevaron a que la iniciativa terapéutica se transformara en un culto de carácter sectario.

Daytop Village, fue fundada en 1963 por el Dr. Alexander Bassin y el médico psiquiatra Daniel Casriel, miembros del equipo técnico de la Corte Suprema de New York, junto con un sacerdote, el Padre O'Brien, que coincidieron en la tarea de atender a 22 personas en libertad condicional del sistema correccional de Brooklyn. Con el objetivo de implantar un programa innovador como alternativa a la pena de cárcel para toxicómanos crearon Daytop Lodge (posteriormente Daytop Village), en Staten Island. La estructura de Daytop mantiene un sistema jerárquico piramidal donde la movilidad social se consigue por el progreso en el tratamiento. Como la iniciativa comienza en relación a la asistencia de personas adictas a opiáceos y provenientes de ámbitos carcelarios, se adopta un modelo de organización interna semejante al de una prisión que regule las actividades cotidianas. En ese contexto se establece un sistema muy estricto de jerarquías y el procedimiento que se emplea para su conservación es un programa de premios y castigos tanto morales y psicológicos como materiales y algunas veces físicos. Se pretende lograr un aprendizaje del interno basado en una re-educación tan profunda que la persona incorpore y aprehenda un nuevo sistema de valores y lo asimile como propio. El recién ingresado comienza realizando las tareas más simples (de menor responsabilidad) y a medida que evoluciona va ascendiendo en el escalafón, asumiendo nuevas tareas de mayor responsabilidad hasta llegar al momento de la graduación e incluso la posibilidad de ser directivo dentro de la propia organización. Según De Dominicis (1997), el funcionamiento cotidiano se basaba en la obediencia a los superiores, el trabajo, la solidaridad, el deber de no hacer nada sin permiso, el no mantener secretos y la absoluta honestidad.

Las principales críticas que se le han hecho al modelo las sintetiza Comas (2006), al señalar la unilinealidad de los objetivos para alcanzar una vida correcta, lo que implica desde su punto de vista un maximalismo redentor muy poco acorde con las actuales políticas de drogas y en particular con las de reducción de riesgos y daños dominantes en Europa. Además no tiene en cuenta las características diferenciales de cada adicto, lo cual también se contrapone a la noción de indicación terapéutica aceptada universalmente.

Respecto al tratamiento, la comunidad adopta las líneas fundamentales de Synanom, pero introduce técnicos como el Modelo Minnesota combinando profesionales y ex adictos en la composición de los equipos. Los planteamientos terapéuticos de Casriel y sus colaboradores eran de corte directivo y se utilizaban habitualmente estrategias de confrontación directa (médico-paciente o paciente-paciente). El proceso tenía ciertas características concretas: trataba de hacer frente a los mecanismos de defensa perniciosos que adoptaban los pacientes (negación, racionalización, proyección) tal y como promulgaban las teorías psiquiátricas del momento (Fox, 1967). El método a través del cual el paciente podía avanzar en su recuperación era descrito en términos de “entrega”, “aceptación de la indefensión” y “reducción del ego”. Estos conceptos se basaban en la idea de Alcohólicos Anónimos de que un drogadicto llega a “tocar fondo” de forma natural en la evolución de su proceso, considerando que era posible acelerar en el tiempo este objetivo mediante estrategias terapéuticas de confrontación, como el uso de gritos para la descarga emocional a fin de superar el miedo a la proximidad física y emocional y mejorar la autoestima del participante (Miller y Rollnick, 1999).

Sin embargo, autores como Lieberman, Yalom y Miles (1973), afirman que la terapia de grupo basada en la confrontación acarrea resultados más contraproducentes y adversos que otros enfoques alternativos; y éstos pueden ser especialmente perjudiciales para personas que presentan una baja autoestima (Annis y Chan, 1983). Y es que era habitual que los métodos de confrontación empleados adoptaran formas agresivas. Tal y como explican Miller y Rollnick (1999, p.29):

...La idea de utilizar la confrontación para destruir las defensas fue especialmente defendida por Vernon Johnson (1973) y se la asoció con una conocida e influyente filosofía terapéutica denominada Modelo Minnesota. El lógico interés por los aspectos biomédicos suscitado por el Modelo de Enfermedad en las adicciones se llegó a confundir con la creencia de que la dependencia química representa un trastorno de personalidad único, que convierte a los que lo padecen en personas cualitativamente diferentes a los individuos normales o a aquellos que padecen otros tipos de problemas, y que son incapaces, por la negación, de ver la realidad.

Los métodos agresivos empleados inicialmente en Daytop se alejaban del planteamiento de Johnson, más compasivo, que definía la confrontación como: “...enfrentar a una persona consigo misma describiéndola como yo la veo” (Johnson, 1973, p.121). Según Miller y Roll-

nick (1999), los programas que siguen el Modelo Minnesota han repudiado posteriormente la confrontación agresiva y han defendido las aproximaciones menos severas.

3.4 Modelo de Conducta Aprendida: *Los Programas de Beber Controlado*

Simultáneamente durante los años 60 aparece en los Estados Unidos una corriente de opinión contraria al punto de vista mayoritario.

Desde el modelo tradicional representado por Alcohólicos Anónimos y los profesionales adscritos al Modelo Minnesota se enfatizaba la “pérdida de control” como causa responsable de la incapacidad de las personas alcohólicas para reanudar hábitos normales de bebida. El nuevo enfoque sugería que el *beber controlado* podía ser una posible meta de tratamiento para los alcohólicos y venía abalado por los resultados de algunos estudios empíricos realizados por equipos de investigadores conductuales.

El Dr. Davies (1962), psiquiatra inglés, fue el primero que publicó las observaciones de un periodo de seguimiento bastante extenso de 94 de sus pacientes que habían sido tratados de alcoholismo teniendo como meta la abstinencia total y descubrió que 7 de estos pacientes una vez dados de alta habían vuelto a beber de forma moderada durante periodos de tiempo que oscilaban entre 7 y 11 años; sus conclusiones provocaron una auténtica revolución y abrieron una línea de investigación llena de controversias que se prolongó hasta la década de los años 80.

Los primeros estudios dieron paso a numerosos trabajos de investigación que ponían a prueba la hipótesis de la necesidad de alcohol y su papel en el mantenimiento de la conducta de beber incontrolada de los alcohólicos, tanto en bebedores agudos como en crónicos (Nathan, 1982). También se iniciaban procedimientos terapéuticos basados en los principios de aprendizaje como el aportado por dos psicólogos australianos, Lovibond y Caddy (1970), en el que se enseñaba a los alcohólicos primero a saber diferenciar sus propios niveles de alcohol en sangre deducidos a través de señales viscerales y después se les instruía en la manera de usar este aprendizaje para regular la conducta de beber.

Pero sin duda, una de las aplicaciones conductuales más importantes al alcoholismo fue el trabajo de Mark Sobell y Linda Sobell y sus colegas en el Patton State Hospital de California (Sobell y Sobell, 1978). Sus estudios, dirigidos a desarrollar técnicas para el entrenamiento en conducta de beber controlada en alcohólicos crónicos se convirtieron en un procedimiento terapéutico conocido como el *Proyecto Patton*, estructurado en 17 sesiones de entrenamiento y cuyo objetivo, además de centrarse en la conducta de beber problemática, resaltaba el aprendizaje de las respuestas alternativas más apropiadas a las condiciones estímulas que previamente habían funcionado como fenómenos disposicionales para beber en exceso. Este modelo de terapia permitió también el estudio controlado de los resultados proporcionados por el tratamiento concurrente de: a) alcohólicos que pretendían obtener un objetivo de conducta de beber controlada, b) alcohólicos que deseaban conseguir la abstinencia y c) pacientes- control cuyos objetivos terapéuticos eran dos: bebida controlada o abstinencia.

Cáceres (1985), hace una revisión de los acontecimientos posteriores a las publicaciones que resultaron de esta línea de investigación. Según este autor, a principios de los 80, veinte años después de la aparición del artículo de Davies, la polémica parecía haber cesado y los intereses de la investigación se dirigían a especificar el tipo de pacientes que podían ser entrenados en beber controlado; bajo qué condiciones; qué tipo de tratamientos parecían ser los más eficaces...etc. Cita incluso a la propia Organización Mundial de la Salud (1980), que había concluido (Cáceres, 1985, p.242):

...se acumularon pruebas de que los hombres y las mujeres que alguna vez cumplieron, indudablemente, criterios del síndrome de dependencia del alcohol, posteriormente pudieron dejar de beber completamente o adoptar otra vez una forma social y aparentemente normal de hacerlo, después de haber recibido un breve tratamiento formal, y aún ninguno, tanto en el terreno médico como fuera de él.

Pero la discusión volvió a surgir en 1982, tras la publicación en la prestigiosa revista *Science* de un artículo titulado *Controlled drinking by alcoholics? New findings and reevaluation of a major affirmative study* (¿Beber controlado en alcohólicos? Nuevos descubrimientos y reevaluación de uno de los principales estudios), firmado por Pendery, Maltzman y West (1982). En este artículo, Mary Pendery y sus colaboradores refutaban el trabajo realizado por Mark Sobell y Linda Sobell en el Hospital de Patton durante 1970 y 1971. En opinión de José Cáceres (1985, p.242):

...Que la polémica surgiese no es malo en sí mismo, aparte de volver a distraer quizá posibles esfuerzos investigadores. Lo preocupante fue la forma, los ámbitos y el tono en que lo hizo. Pues no sólo pretendía probar que eran falsos hechos y datos bien documentados, sino además, poner en entredicho la reputación profesional y personal de dos investigadores.

Efectivamente, el tema no se planteó solamente en los foros adecuados para cualquier discusión científica (revistas especializadas o comisiones de expertos), sino que también se aireó en la calle, dándole un tinte emocional que, ciertamente, poco ayudaba a dilucidar cuestiones como estas. La respuesta de los Sobell a toda esta campaña difamatoria apareció en la revista *Behaviour Research and Therapy* en un artículo titulado *The aftermath of Heresy* (Las consecuencias de la Herejía) (Sobell y Sobell, 1984), en el que lamentaban que dicha respuesta no pudiese aparecer en la misma revista que había publicado la crítica a su trabajo cuestionando los resultados de un autor, ya que es costumbre que el editor invite al autor interpelado a preparar una contrarréplica para ser publicada en el mismo número. Sin embargo esto no ocurrió con la revista *Science*, lo cual provocó una carta protesta a su editor firmada por 10 editores de revistas prestigiosas dentro del campo clínico e investigador (Barlow, Bellack, Buchwaldam, *et al.*, 1983). Finalmente y debido a la gravedad de las acusaciones vertidas sobre los Sobell, se creó un comité independiente compuesto por académicos de prestigio y que se habían mantenido al margen de la controversia dentro del campo del alcoholismo. El comité solicitó y dispuso de una gran cantidad de material para realizar su investigación remitido por los Sobell. Desafortunadamente y a pesar de numerosas invitaciones realizadas a Mary Ponderly para que les remitiese pruebas que corroborasen los datos por ella presentados, nunca los envió. El Comité publicó sus resultados (Dickens, Doob, Warwick, *et al.*, 1982), afirmando punto por punto cuestionado que no existía prueba de fraude o de presentación falsa de los datos. Su conclusión final fue (Cáceres, 1985, p. 254):

...La conclusión del comité es clara e inequívoca: El Comité mantiene que no existe razón alguna para dudar de la integridad personal o científica de los Drs. Mark Sobell y Linda Sobell.

Y un año después la Comisión Especial de la Cámara de Representantes de los Estados Unidos, creada también de forma independiente, confirmaba y apoyaba todas las conclusiones de la Comisión Dickens. En palabras de Cáceres (1985, p. 254):

...Parece como si Pendery y sus colaboradores, al refutar uno de los primeros estudios que cuestionó la sabiduría convencional y descalificar a sus autores, hubiesen querido negar la validez de cualquier paradigma alternativo al convencional dentro de este campo, y con ello abortar la revolución científica que se estaba produciendo en el estudio del comportamiento alcohólico.

3.5 Otros Modelos Conductuales en el Abordaje de las Adicciones.

A los trabajos de Davies (1962), se sumaron otras aportaciones que explicaban el problema de la adicción desde un paradigma conductual. Entre ellas Richard Solomon (1977 /1983) que publicó en 1974 su *Teoría del Proceso Oponente de la Motivación Adquirida* basada en los paradigmas de condicionamiento clásico y condicionamiento operante de la teoría del aprendizaje. En su explicación Solomon no obvia los factores bioquímicos y neuroquímicos implicados, pero se centra en una descripción detallada de la dinámica afectiva de la adicción desde su dimensión psicológica. Postula un modelo explicativo no patológico (ni psicopatológico), describiendo la drogadicción como una de las muchas subclases de sistemas normales de motivación adquirida del tipo de proceso oponente. Aunque no lo considere un fenómeno patológico reconoce que ofrece un cambio terapéutico muy difícil, dada la variedad de influencias determinantes que lo mantienen.

Más tarde, durante la década de los años 80, la perspectiva psicológica (no patológica) predominante en el análisis del consumo de drogas fue el enfoque cognitivo-conductual derivado en sus orígenes de la teoría del aprendizaje pero que incorporó conceptos de la teoría del procesamiento de la información (Broadbent, 1958), algunos fundamentos de las teorías transaccionales y, sobre todo, los principios de la terapia racional emotiva conductual (Lega, Caballo y Ellis, 2002), una forma de psicoterapia creada por Albert Ellis en el año 1955.

El paradigma cognitivo-conductual propició durante la década de los años 80 una gran proliferación de estudios y publicaciones científicas dirigidas al análisis y el tratamiento de las adicciones en general y del alcoholismo en particular. Muñoz-Ortega (1985), hace una revisión de las más importantes: algunos estudios consideraban la importancia del papel de las *expectativas* en los efectos conductuales de la ingestión de alcohol basándose en la teoría atribucional de la emoción: la *teoría de los dos factores*, de Schachter y Singer (1962). Otros identificaban los factores que determinan las consecuencias sobre la conducta emo-

cional de la ingestión de alcohol en el papel de lo que Bandura (1978), denominaba *factores personales internos*; estos factores parecían tener influencia en la urgencia subjetiva de alcohol y en la pérdida de control, consecuencias dependientes de las expectativas. Marlatt (1978), desarrolló un sugestivo modelo para explicar el proceso de la recaída, tan importante en el tratamiento de las adicciones, basándose el papel básico que juegan los factores personales internos.

Las técnicas basadas en el paradigma cognitivo-conductual se combinaban con procedimientos de modificación de conducta derivados de los paradigmas clásico e instrumental. Otra revisión realizada por García-González (1993), en el tratamiento del alcoholismo nos muestra cuál era el panorama en el inicio de la década de los 90: descartadas las terapias aversivas (químicas, eléctricas y de sensibilización encubierta) por las dificultades metodológicas que presentaban para demostrar su efectividad y por las críticas surgidas como procedimientos terapéuticos, el interés se centraba en el entrenamiento de conductas incompatibles al consumo de alcohol mediante el aprendizaje de habilidades de afrontamiento. También se consideraba la adquisición de comportamientos adaptativos a través de un sistema operante de economía de fichas y el entrenamiento en habilidades sociales desde programas multimodales con gran número de técnicas como habilidades de comunicación, asertividad y resistencia a la presión social, teniendo en cuenta que las evaluaciones realizadas apuntaban a los programas de amplio espectro como los que más contribuían al éxito terapéutico. En cualquier caso, García-González (1993), señala la necesidad de adecuar los procedimientos a cada paciente en particular. Finaliza la autora apuntando a los programas de *prevención de recaídas* como foco de atención de investigadores y clínicos: estos procedimientos consistían en programas multimodales que se realizaban bajo un marco conceptual derivado del condicionamiento clásico, conocido como procedimientos de *exposición con prevención de respuesta*, en los que la prevención de recaídas planteaba como objetivo el entrenamiento en *autocontrol* que supone la discriminación de situaciones de riesgo, el afrontamiento y autorregulación de respuestas emocionales y la adquisición o perfeccionamiento de competencias para la solución de problemas y toma de decisiones; todo ello con el propósito de incrementar en el sujeto su capacidad de control sobre la situación facilitando una mayor percepción de eficacia personal (autoeficacia) y seguridad en sí mismo (autoestima).

El concepto de autocontrol surge con fuerza en ambientes científicos y terapéuticos norteamericanos durante la década de 1970. En la revisión histórica sobre el mismo, Luís Pantoja (1986), lo vincula al movimiento conductista y a la tecnología que se derivó de él: la modificación de conducta, heredera directa de las aportaciones de Paulov, Thorndike, Watson y Skinner. En los procesos terapéuticos de modificación o cambio de conducta se fueron incorporando gradualmente técnicas dirigidas a enseñar a las personas a ser ellas mismas sus propios agentes de cambio y control. Ello suponía una superación de los límites impuestos por el paradigma operante skinneriano, o por una interpretación muy restrictiva del mismo, en el que únicamente se trataba de comprender cómo el entorno afecta y cambia la conducta del individuo. Algunos de los principales representantes de esta incorporación que llega hasta nuestros días son Bandura, Cautela, D`Zurilla, Goldfried, Kanfer, Mahoney, Meichenbaum o Thoresen.

Kanfer (1973), define el autocontrol como un cuarto paradigma tras el de condicionamiento clásico (Paulov), operante (Skinner) y observacional (Bandura); caracterizado por describir métodos mediante los cuales el individuo puede cambiar su propia conducta para que vaya de acuerdo con unas normas, criterios u objetivos que previamente ha ideado para sí mismo. Señala que la modificación de conducta rechaza la idea de que el cambio se produzca en base a un progresivo “insight” o después de una catarsis emocional; igualmente rechaza la postura de aquéllos que afirman que el cambio es el resultado de una tendencia innata en el individuo a crecer, desarrollarse, actualizar sus posibilidades, una vez liberado el hombre de sus inhibiciones o conflictos emocionales. Según la opinión de este autor, en modificación de conducta el propósito es siempre el cambio de hechos conductuales y no el quitar defensas, conflictos inconscientes o alterar rasgos de personalidad.

3.6 Modelo de Reducción de Riesgos y Daños: *La Harm Reduction*

La Harm Reduction en su término original hace referencia a una determinada política de drogas y está vinculada inexorablemente a la expansión de la epidemia del SIDA durante la década de los 80. Se basa en la aplicación de principios y estrategias dirigidas a minimizar las consecuencias perjudiciales del uso de drogas propiciando cambios sobre las conductas de

riesgo. Se impulsa en Europa (Inglaterra y Holanda) y en Australia pero se extiende por todo el mundo aunque su implantación queda muy condicionada a las políticas previas de cada país en materia de drogas. En los Estados Unidos surge como una alternativa de Salud Pública a modelos morales (*guerra contra las drogas*) o médicos (la adicción definida como una enfermedad). Marlatt (1998), lo ve como un punto intermedio entre esos dos modelos opuestos que han predominado tradicionalmente en la política de drogas de Norteamérica y en la filosofía del tratamiento de las adicciones.

Para uno de los representantes del movimiento en Inglaterra, el Dr. Russell Newcombe (1992), los antecedentes de la reducción de daños se encuentran en el modelo sanitario científico y tienen raíces en el humanitarismo y el libertarismo, por ello contrasta con la teoría de la abstinencia que se arraiga más en el modelo punitivo de aplicación de la ley, al mismo tiempo que en un paternalismo médico y religioso.

Antecedentes:

Uno de los acontecimientos que contribuyeron a considerar el consumo de opio como problema de salud pública se encuentra probablemente en las dos “guerras del opio” (1839-1842; 1856-1860), declaradas por Inglaterra contra China cuando el gobierno imperial chino, atento a los problemas de salud y sociales que ocasionaba el consumo, prohibió en 1829 el comercio que realizaban los ingleses con el opio producido en sus colonias. Los Estados Unidos, aliados de los ingleses, también actuaron contra China cambiando el sistema de control sobre la importación de opio e implantando la prohibición total. Aunque en un principio las razones para adoptar esta medida tenían un marcado carácter político y económico, gradualmente se fueron argumentando justificaciones basadas en la Salud Pública que se reforzaron desarrollando un modelo de intervención del Estado basado en la abstinencia obligatoria (Ralet, 2000).

En este contexto, Inglaterra se enfrenta al consumo habitual de opio de los militares que habían regresado de la armada india. El gobierno británico nombra entonces una comisión de expertos, el *Rollerstone Committee*, encargado de determinar las condiciones de una prescripción legal de opiáceos. El Comité establece dos condiciones:

- Prescripción de dosis regresivas durante un periodo limitado de tiempo para proceder a una desintoxicación, sin cuestionar el modelo de abstinencia obligatoria.

- Consideración de legítima la prescripción de la dosis necesaria para que el paciente lleve una vida normal y socialmente útil. Sin pretender un abandono total y rápido del consumo, sino una mejora de la gestión del uso de drogas para reducir los peligros asociados.

Estas eran las bases para la intervención desde un dispositivo que recibió el nombre de *British System* el cual no consideraba al consumidor de drogas no autorizadas como un delincuente, puesto que adquiriría su producto legalmente en una farmacia, ni como un enfermo, ya que no era necesario recurrir a la ayuda de la medicina para abandonar su consumo. Ralet (2000), subraya que el uso de drogas no es considerado como un mal en sí mismo sino que lo negativo son las consecuencias de su uso. Ello inaugura un nuevo modelo de intervención que recibirá más tarde el nombre de *Harm Reduction* y que se hizo extensivo a todo tipo de sustancias, tanto legales como ilegales.

A partir de entonces la evolución de los dos modelos, el basado en la abstinencia y el de reducción de daños, así como los procedimientos de intervención derivados de ambos, ha sido muy diferente en los distintos países del mundo occidental: por un lado, el incremento de las políticas prohibicionistas y los métodos represivos de los Estados Unidos ampliando el modelo de abstinencia obligatoria a cada vez mayor número de sustancias (siempre después de periodos de uso legal e incluso experimental); por otro lado, Holanda modificando su postura inicialmente prohibicionista tras la publicación del informe en 1972 de la *Comisión Baan*, que señalaba la necesidad de producir un cambio en las intervenciones al constatar que la represión aumentaba los problemas en lugar de reducirlos. Ese mismo año el estado holandés hacía de la reducción de riesgos y daños su modelo oficial en Salud Pública favoreciendo la participación de los propios usuarios de drogas y estimulando su auto organización; lo que auspició que en 1982 el sindicato de toxicómanos (*junkiebond*) de Ámsterdam proyectara y desarrollara un programa de intercambio de jeringuillas para prevenir la propagación de la Hepatitis B y que más tarde resultó determinante en la prevención del SIDA.

El concepto es asimilable a lo que años más tarde la Organización Mundial de la Salud (2004), definió como Empoderamiento (*Empowerment*): proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.

Estrategias y Principios de La Reducción de Daños:

La Coalición de Reducción del Daño (*Harm Reduction Coalition*, 2008), define una serie de principios y estrategias de actuación orientadas a reducir las consecuencias negativas del uso de drogas mediante la incorporación de métodos que incluyen el uso con riesgos menores, el uso controlado y la abstinencia. Las estrategias para la reducción del daño están dirigidas a los usuarios de drogas según sus necesidades focalizando las intervenciones en las condiciones del uso de drogas y siguiendo estos principios:

- Reconoce que el uso lícito e ilícito de drogas forma parte de nuestro mundo, y resuelve ocuparse de minimizar los efectos perjudiciales, y no a limitarse a condenarlos o ignorarlos.
- No intenta minimizar ni ignorar el daño y peligro asociado con el uso lícito e ilícito de las drogas.
- Reconoce que las realidades de la pobreza, clase social, racismo, aislamiento social, traumas del pasado, discriminación basada en las preferencias sexuales y otras injusticias sociales, afectan la vulnerabilidad de las personas con respecto al daño relacionado con el uso de las drogas y la capacidad personal para manejar eficazmente ese daño.
- Entiende que el uso de drogas es un fenómeno complejo, que abarca desde el abuso grave hasta la abstinencia total, y reconoce que algunas formas de usar las drogas son claramente más saludables que otras.
- Establece como criterio para implementar intervenciones y emprender políticas exitosas, la calidad de vida y el bienestar del individuo y de la comunidad, y no necesariamente el abandono del uso de drogas.
- Garantiza que los usuarios y aquellos que tienen una historia de uso de drogas tengan una verdadera voz en la creación de programas y políticas relacionadas con ello.
- Afirma a los usuarios mismos como agentes principales para la reducción del daño relacionado con el uso de drogas e intenta estimular a los usuarios para que compartan la información y se apoyen en estrategias específicas para sus condiciones actuales de uso.
- Invoca una prestación de servicios y recursos libre de críticas y de coerción para los usuarios y las comunidades en las que residen, con el objetivo de ayudarlos a reducir los efectos perjudiciales del uso de drogas.

El planteamiento está muy alejado del *Programa de los Doce Pasos* de Alcohólicos Anónimos así como del concepto del abuso de drogas como enfermedad según el *Modelo Minnesota*. Sin embargo el modelo de reducción de daños no niega sino que reconoce y define con precisión y evidencia empírica las patologías, algunas de ellas muy graves, y no sólo biomédicas sino también sociales que pueden derivarse del consumo de drogas o más específicamente del *modo de consumo* y dirige sus intervenciones hacia el cambio de esos modos de uso. Pero sobre todo, la filosofía que subyace al modelo otorga a la persona la capacidad de decidir si desea o no un cambio y en qué dirección planificarlo. Los iguales en este

modelo no son controladores del mantenimiento de la abstinencia, sino agentes de salud y los profesionales tienen el cometido de crear las condiciones necesarias para que el cambio se produzca en la dirección esperada. El continuo de la reducción de riesgos y daños vinculados al uso de drogas no excluye la abstinencia: no iniciar o abandonar definitivamente el consumo de drogas está contemplado tanto en objetivos universales de prevención primaria como en los procesos terapéuticos de intervención y rehabilitación de drogodependencias, pero ni es el único logro a considerar ni el más oportuno según el momento y las circunstancias de cada persona en particular. Por el contrario, cambiar un *uso problemático* por otro que proporcione mayor calidad de vida y mejore la salud, aunque sólo sea un poco, es un objetivo constante, firme y esencial al proceso de tratamiento.

3.7 Modelos Motivacionales y Contextuales: *La Motivación al Cambio y la Terapia Contextual*

El tipo de relación igualitaria, flexible y participativa en la toma de decisiones entre el profesional y el usuario de drogas planteada por el modelo de reducción de riesgos y daños en el marco político y comunitario, es asumido y desarrollado desde la perspectiva asistencial de atención a las drogodependencias por modelos basados en el cambio de conductas. Según Tejero y Trujols (1994), estos modelos conductuales entienden la intervención como un proceso que sigue diferentes etapas, sin enfatizar la abstinencia en sí misma como el primer objetivo a alcanzar. Los autores señalan que frente a las intervenciones tradicionales que buscan procedimientos tajantes de cambio desde una situación de consumo continuado a una abstinencia mantenida y nunca interrumpida, muchos investigadores entienden que el cambio debe producirse en un continuo que se inicia incluso antes de que la persona empiece a valorar su conducta como un problema, es decir cuando todavía no se ha planteado cambiarla o no está motivado para hacerlo, y finaliza cuando dicha valoración ya no tiene lugar.

Para Miller y Rollnick (1999), la ausencia de motivación al cambio (o su resistencia), no debe interpretarse como un rasgo de personalidad inherente a todo adicto sino como una característica de estado susceptible de ser modificada mediante la utilización de cierto tipo

de intervenciones. Valorar la conducta de consumo como un problema, considerar posible su solución y encontrar razones suficientes que contrarresten los efectos aversivos, potentes e inmediatos de la interrupción del consumo, son algunos de los primeros cambios necesarios en un procedimiento de intervención en las adicciones. A partir de ahí los pasos se van sucediendo, con retrocesos y afrontamiento de crisis en más de una ocasión que requieren nuevos cambios y que, a menudo, van acompañados de cambios también necesarios en otras personas significativas del entorno del paciente. Los autores proponen estrategias para aumentar la motivación respecto a un cambio (consejo, empatía, *feed-back*, etc.) basadas en el modelo de *counselling* o terapia centrada en el cliente de Carl Rogers (1959). Rogers afirmaba que una empatía adecuada por parte del terapeuta, una calidez no posesiva y señales de autenticidad en sus afirmaciones proporcionan un medio óptimo para el cambio en el contexto de la relación terapéutica, de las cuales la empatía es la habilidad más importante.

La propuesta es contraria a las estructuras jerárquicas defendidas por modelos de ayuda mutua en colaboración (o no) con profesionales; y no sólo diferente sino incompatible con los procedimientos de confrontación empleados por supuesto cuando se han utilizado de forma coercitiva, pero incluso si los modos de confrontación no han llegado tan lejos, la técnica es en sí misma opuesta a las tesis del modelo motivacional. Dicho modelo no entiende la negación del problema como un mecanismo de defensa propio de una personalidad patológica que hay que anular para facilitar otra nueva sino simple y llanamente como un estadio en el proceso de cambio, propio de las adicciones y modificable con las estrategias adecuadas.

En la misma dirección aparecen muy recientemente las llamadas *terapias de conducta de tercera generación*, término acuñado por Hayes (2004), para referirse al análisis de la conducta en el contexto clínico y que tiene su origen en la recuperación del estudio de la conducta verbal alejada de la perspectiva mediacional o cognitivista. Sintéticamente se puede resumir que las terapias de conducta de tercera generación se inician como defensa del conductismo radical en oposición al conductismo metodológico más vinculado a la psicología de corte cognitivo basada en la teoría del procesamiento de la información (García-Melón, 2010). El enfoque contextual se centra más en la relación terapeuta-paciente que en el tipo

de técnicas empleadas para producir un cambio de conducta (González -Pardo y Pérez-Álvarez, 2007).

Además del énfasis en la relación terapeuta-paciente, el modelo contextual plantea que en el análisis de la conducta el clínico debe entender y atender los problemas que le plantea el paciente de acuerdo con el contexto social en el que se producen, siendo preciso realizar un análisis funcional de la conducta dentro del contexto social en el que se desenvuelve la vida del paciente (Pérez- Álvarez, 1998). Para Secades y Fernández-Hermida (2001), el modelo médico-psiquiátrico que utiliza las clasificaciones diagnósticas (DSM-IV; CIE-10) como formulaciones descriptivas, aclaran el objeto de tratamiento pero no la etiología ni la naturaleza de la intervención. Son útiles para determinar la existencia de un problema (y por tanto detectar la necesidad de un tratamiento) o para facilitar la homogeneización de un diagnóstico en investigación y posibilitar la evaluación de la eficacia de los tratamientos, pero no aportan información suficiente para la comprensión del problema ni la planificación de un tratamiento, resultando imprescindible el planteamiento funcional-contextual del problema individual del paciente.

Estas cuestiones han sido también planteadas por otros autores como Emilio Ribes (1990/2008), que cuestiona la correspondencia entre las categorías diagnósticas y los procedimientos terapéuticos con base en ellas diseñados y su eficacia respecto a la “eliminación” de la conducta *anormal* o la “curación” del paciente. En relación a la dicotomía normalidad-anormalidad de la conducta y en concreto sobre el alcoholismo, afirma (Ribes, 1990, p.89):

...El alcoholismo no constituye en sí mismo una conducta desviada ni es muestra de anormalidad. El consumo exagerado de alcohol, en ciertas condiciones, puede propiciar daños biológicos conocidos, así como auspiciar conflictos a nivel interpersonal y social. Sin embargo, aun cuando el alcoholismo per se puede constituir el comportamiento problema (más que el comportamiento anormal), en muchas ocasiones, el alcoholismo es un comportamiento asociado a otros problemas individuales que difieren siempre en naturaleza y circunstancia de un individuo a otro. Las acciones del psicólogo deberían estar dirigidas a la identificación y solución de dichas condiciones-problema individuales y no sólo limitarse el consumo de alcohol como objetivo. Sin embargo, la preeminencia de un modelo médico de interpretación del comportamiento dificulta estrategias funcionales auténticas, que inevitablemente deben partir de un análisis de las circunstancias y criterios de valoración social en que se da, en el caso que examinamos, el comportamiento de consumo de alcohol.”

3.8 El Modelo Psicológico de Salud: *El Cambio de Conductas de Riesgo por Conductas de Prevención.*

Ribes (1990/2008) comenta estas estrategias de intervención en alcoholismo en el contexto de su *modelo psicológico de salud*, enmarcado en la línea del interconductismo y el *modelo de campo psicológico* de Kantor (1967/1978), que desde un principio, aún antes de acuñar el término *interconducta*, concibió la psicología como una ciencia con un ámbito de conocimiento distinto al de la biología y por consiguiente consideró la necesidad de construir un paradigma específico para dicho objeto. El modelo de Ribes supone una aplicación al ámbito de la salud de la *teoría de la conducta* propuesta por Ribes y López (1985), que sigue la línea científica conductista pero al igual que otros investigadores de su tiempo, cuestiona y va más allá del conductismo promulgado por Skinner (Ribes, 1982). Un desarrollo muy interesante del modelo lo realizó Ramón Bayés (1995), en su propuesta sobre la prevención del SIDA.

Emilio Ribes (1990/2008), identifica el consumo de drogas como un tipo de conducta instrumental vinculada a la salud.

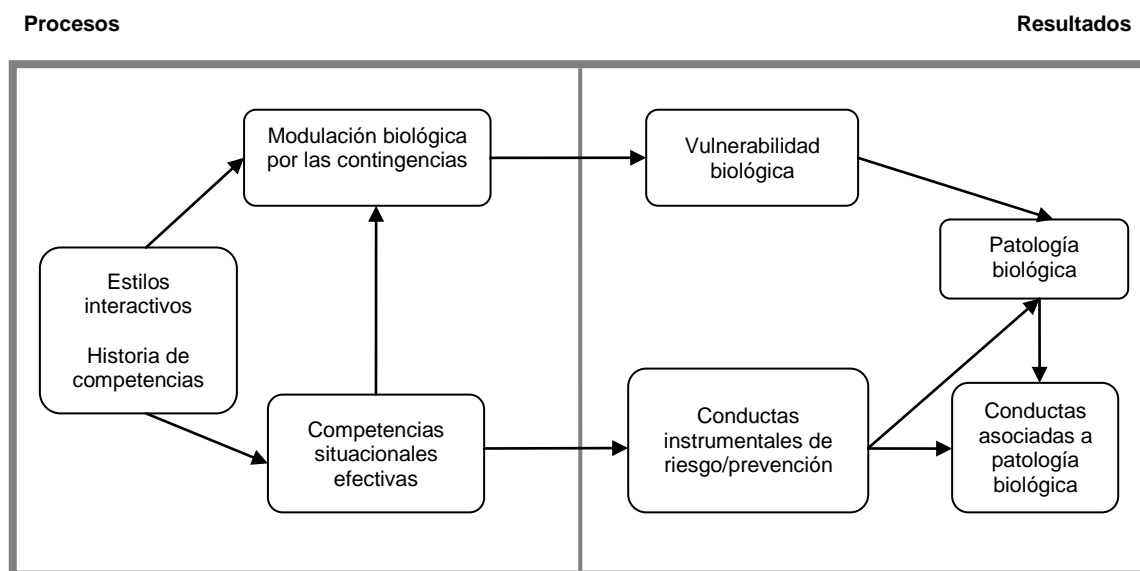


Figura 1: Modelo Psicológico de la Salud Biológica. Ribes E. (1990/2008)

Ribes (1990/2008), explica en su *modelo psicológico de la salud biológica* que las conductas instrumentales suponen acciones de los individuos que, directa o indirectamente, dismi-

nuyen o aumentan la probabilidad de contraer una enfermedad. Es decir, las conductas instrumentales pueden tener como efecto tanto el aumentar los riesgos de contraer una enfermedad o de empeorar un estado patológico existente, como el efecto contrario de reducir el riesgo de enfermedad o ayudar a la detención de su progreso e incluso a su remisión total. En el primer caso se trata de *conductas instrumentales de riesgo* y en el segundo de *conductas instrumentales de prevención*. El análisis según el modelo propuesto, permite relacionar las prácticas individuales con los estados de salud o enfermedad, resultados de las diferentes relaciones contingenciales entre los procesos psicológicos. Al igual que los modelos motivacionales, la aplicación del modelo planteado por Ribes se centra en procesos psicológicos de cambio de conductas y los objetivos están orientados a la reducción de riesgos y daños como los planteados por la corriente de la *Harm Reduction*.

En el modelo, los factores psicológicos (procesos), están representados en primer lugar por la historia psicológica del individuo o historia de sus interacciones. Ribes entiende la historia como una disposición del individuo a interactuar con una situación presente en un momento dado con base en sus formas y modos de interacción previos inmediatos, funcionalmente pertinentes a dicha situación. Contempla dos dimensiones: los *estilos interactivos* (estilos de respuesta o modos característicos de cada individuo de comportarse ante determinadas situaciones) y la disponibilidad de *competencias funcionales* (historia de competencias o capacidad conductual) que se refiere al conjunto de comportamientos adquiridos en el pasado con base en la funcionalidad que han demostrado ante determinadas situaciones. Los otros dos factores del conjunto de procesos psicológicos vinculados a la salud son el conjunto de *competencias situacionales efectivas* (o competencias funcionales presentes en el momento de la interacción) y la *modulación de los estados biológicos* del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen una situación (es decir, las alteraciones biológicas mediadas por el comportamiento, entre ellas las respuestas de los individuos ante condiciones productoras de estrés).

Los resultados del proceso psicológico de salud tienen para Ribes una doble vertiente, por un lado el nivel de vulnerabilidad biológica del organismo frente a la enfermedad que, además de las causas de naturaleza orgánica, incluye otras directamente mediadas por el comportamiento: las formas particulares en que un individuo interactúa con determinadas

situaciones pueden propiciar cambios orgánicos específicos e influir en su grado de vulnerabilidad frente a determinadas enfermedades. Por otro lado, la disponibilidad y ejecución de conductas instrumentales preventivas o de riesgo para la aparición de enfermedades biológicas: conductas instrumentales que se definen siempre como acciones efectivas específicas para reducir o aumentar los riesgos de contacto con los agentes físico-químicos y biológicos productores de patología biológica. La concurrencia de prácticas de conductas instrumentales de alto riesgo y la existencia de un elevado grado de vulnerabilidad biológica, se traducen inevitablemente en estados de patología biológica, cuyo tratamiento y terapéutica es de naturaleza estrictamente biomédica, pero al que están vinculados aspectos del comportamiento individual (conductas asociadas a la enfermedad) que pueden llegar a tener especial relevancia, sobre todo en lo referente a la adherencia terapéutica, la motivación y constancia en procesos de rehabilitación y los modos de afrontamiento o reacciones psicológicas a la enfermedad, como la ansiedad, irritabilidad, la desesperanza, el desaliento, la apatía, etc., que pueden llegar a ser problemáticos en sí mismos.

El modelo psicológico de salud propuesto por Ribes (1990/2008), puede ser aplicado al problema de las adicciones. El consumo de drogas representaría en este caso una conducta de riesgo que concurrente con determinados factores de vulnerabilidad, podría llegar a generar patologías biológicas, siempre dependiendo de la morfología y de la funcionalidad del consumo de un individuo particular y bajo circunstancias particulares. El objetivo del cambio terapéutico se enfoca por un lado en la reducción de la conducta de riesgo (*consumo problemático*) y el incremento de conductas de protección (prevención de recaídas) y además, en la reducción de los daños físicos y/o sociales ocasionados por el consumo de drogas (*conductas asociadas a la enfermedad*). Los procedimientos de intervención para el logro de los cambios planificados actúan sobre los procesos psicológicos vinculados a las variables de resultados: los estilos de respuesta, las competencias funcionales y el modo en que los sistemas reactivos del organismo reaccionan ante determinadas situaciones en un individuo en particular. Desde la óptica de la prevención primaria en el ámbito de la salud (promoción y prevención), el proceso de cambio se plantea en la dirección de reducir las conductas de riesgo e incrementar las conductas de prevención o dicho de otra manera, en la dirección de la reducción de riesgos asociados al consumo de drogas.

A modo de síntesis, representamos en la siguiente tabla un resumen de las principales diferencias entre los modelos analizados, los cuales se pueden clasificar en dos grandes categorías: el modelo de enfermedad y el modelo de cambio.

Tabla 5. Modelos conceptuales en el tratamiento de las drogodependencias

MODELO DE ENFERMEDAD	MODELO DE CAMBIO
Programa de los 12 pasos / modelo Minnesota / modelos jerárquicos	Modelos conductuales / motivacionales / reducción del daño / modelos democráticos
<i>Referencias morales y sobrenaturales</i>	<i>Disciplinas y método científico</i>
<i>Consejeros de AA, profesionales y clero</i>	<i>Exclusivamente profesionales</i>
<i>Enfermedad</i>	<i>Comportamiento aprendido / conducta de riesgo</i>
<i>Objetivo único de abstinencia</i>	<i>Posibilidad de entrenamiento en consumo controlado / reducción de riesgos</i>
<i>Cronicidad</i>	<i>Aprendizajes que consoliden la autoeficacia en la prevención de recaídas</i>
<i>Necesidad de control externo continuado (ya sea de iguales o de profesionales)</i>	<i>Autorregulación de la propia conducta</i>
<i>Programas estandarizados</i>	<i>Análisis e intervención de casos individuales</i>
<i>Vinculados a políticas prohibicionistas</i>	<i>Vinculados a políticas de reducción de riesgos y daños</i>
<i>Focalización en el consumo</i>	<i>Focalización en las consecuencias del consumo</i>
<i>Resistencia como rasgo de personalidad adictiva</i>	<i>Resistencia como estado motivacional susceptible de modificación</i>
<i>Atención exclusiva a la morfología de consumo. Clasificaciones Diagnósticas.</i>	<i>Atención al contexto en el que se produce el problema. Análisis Funcional de Conducta.</i>
<i>Abuso y adicción diagnosticados como psicopatologías</i>	<i>Abuso y adicción valorados como conductas problemáticas</i>
<i>Relación terapéutica directiva con base en estructuras jerárquicas</i>	<i>Relación terapéutica igualitaria con base en la empatía y el empoderamiento</i>

4. MARCO EXPLICATIVO DE LOS TRATAMIENTOS DE MANTENIMIENTO CON METADONA

Los tratamientos de mantenimiento con metadona han sufrido una evolución en su fundamentación teórica relacionada con los diversos modelos conceptuales sobre las adicciones. Después de más tres décadas desde su implantación se puede afirmar que han propiciado (o podrían hacerlo) un paradigma explicativo y un abordaje terapéutico interdisciplinar en el campo de las drogodependencias.

4.1 La adicción a opiáceos como problema de salud pública desde el modelo de enfermedad

La fundamentación teórica inicial de los tratamientos de larga duración en la adicción a opiáceos utilizando un fármaco agonista como la metadona estaba basada en el modelo de enfermedad.

Surgió en los años sesenta en los Estados Unidos, en un contexto político restrictivo y prohibicionista que generaba graves problemas de orden social al excluir a los adictos a opiáceos la posibilidad de tratamiento, aunque esta adicción suponía la primera causa de muerte entre los jóvenes adultos de 15 a 35 años de la ciudad de Nueva York (Parrino, 1992/1997). La consideración del adicto como *enfermo* permitió el abordaje terapéutico desde la perspectiva de la Salud Pública. La tarea corrió a cargo del Dr. Vincent P. Dole, especialista en enfermedades metabólicas en la *Rockefeller University*, que en 1962 asumió la presidencia del *Narcotics Committee of The Health Research Council of New York City*. Dole incorporó a su equipo de investigadores a la Dr^a Marie E. Nyswander, psiquiatra con una larga experiencia en drogodependencias y convencida de que los adictos podían ser tratados como pacientes en el marco general de la medicina; también a la Dr^a Mary Jeanne Kreek, investigadora clínica con formación en medicina interna y neuroendocrinología.

La formulación biomédica la expresaron con la hipótesis de que la adicción a la heroína podía ser una enfermedad metabólica, entendida como un trastorno fisiológico que sólo se equilibraría con la administración mantenida de un opiáceo, siendo la metadona el fármaco de elección (Dole y Nyswander, 1967). Dole y su grupo de investigadores (Dole, Nyswander y Kreek, 1966), basándose en la tolerancia cruzada entre los diferentes opiáceos, habían

descrito el concepto de *bloqueo narcótico*, según el cual el consumo crónico de metadona produciría el bloqueo de los efectos reforzadores de la heroína. De este modo, y al no haber gratificación inmediata en caso de consumir este tóxico, se extinguiría progresivamente la conducta de autoadministración.

Estudios clínicos y de laboratorio posteriores sugirieron que la apetencia de droga que provoca la recaída es el síntoma de un mal funcionamiento del sistema de receptores morfínicos endógenos debido al consumo repetido de opiáceos. Para Dole y su equipo, las recaídas eran altamente probables aunque los pacientes hubieran seguido con éxito un tratamiento de desintoxicación, por lo que planteaban la prescripción de metadona como un tratamiento indefinido, correctivo y no curativo (Dole, 1988).

4.2 Los tratamientos de mantenimiento con metadona en el contexto de la epidemia del VIH-SIDA y la reducción de daños:

Las políticas de reducción del daño supusieron una importante transformación en el modo de pensar y responder a los problemas relacionados con el consumo de drogas, especialmente desde la aparición de la infección por VIH entre usuarios de drogas por vía parenteral a finales de 1980, lo que propició un cambio de modelo en cuanto a los objetivos de intervención en el tratamiento de las adicciones. Se asumía el modelo de enfermedad crónica propuesto por Dole y colaboradores y el mantenimiento indefinido de los tratamientos con metadona, pero a la intervención *correctiva* se incorporaban objetivos *paliativos* orientados a la reducción de los daños ocasionados por el consumo de drogas y a mejorar en lo posible la calidad de vida de los pacientes.

Según O'Hare (1995), la relación entre este tipo de políticas de salud pública y la baja incidencia de casos de VIH en población drogodependiente se pudo comprobar en la región de Merseyside (UK) que aún contando con el porcentaje más alto de adictos registrados en Inglaterra en los años 80, era la segunda más baja en casos de seropositividad al VIH entre inyectores de droga. También se había registrado un descenso en los delitos notificados a pesar de tener una tasa de desempleo muy elevada. La construcción de un modelo conceptual de suministro de servicios de atención a drogodependientes dirigido principalmente a

reducir los daños relacionados con las drogas, contaba con programas de intercambio de jeringuillas que fomentaban el uso de material estéril, pero además, los facultativos prescribían drogas inyectables con la posibilidad de autoadministración de dosis en casa (*take-home*) y cuidaban de modo muy especial el contacto con los usuarios y la adherencia al tratamiento, consiguiendo tasas importantes de retención en los tratamientos a largo plazo.

En la ciudad de Ámsterdam (Holanda), la atención a personas drogodependientes contaba con un sistema de ayuda múltiple que estaba construido a lo largo de un continuo, desde la reducción de daños a la terapia libre de drogas (Bunning, Brussel y Santen, 1995). Las actividades con objetivos de reducir daños asociados al consumo de drogas no pretendían la abstinencia por completo, sino que enfatizaban el cuidado de la salud y la mejora de la calidad de vida de los usuarios. Entre estas actividades se encontraban los tratamientos de mantenimiento con metadona considerados de baja exigencia, que fomentaban el abandono de la vía parenteral de administración de heroína para ser sustituida por la vía oral, contribuyendo de este modo a la prevención de la infección por VIH entre la población de usuarios de drogas por vía parenteral. Varios estudios han mostrado que la prevalencia de la infección por VIH era mucho más baja entre los pacientes que habían permanecido largo tiempo en estos tratamientos, especialmente entre aquellos que los habían iniciado antes de la aparición de la infección entre la población local de toxicómanos (Hartel, Selwyn, Shoenbaum, *et al.*, 1988; Novick, Khan y Kreek, 1986).

Durante los años 90 la efectividad de estos tratamientos en la reducción de comportamientos de riesgo para la transmisión de la infección por VIH y consecuentemente, los efectos sobre la morbi-mortalidad asociada entre la población adicta a la heroína que utiliza la vía inyectada para su administración, ha sido ampliamente evaluada (Fernández-Miranda, 2005), lo que les ha otorgado un lugar preferente entre las opciones terapéuticas propuestas desde la óptica de la *Harm Reduction*.

4.3 Tratamientos Sustitutivos Opiáceos de amplio espectro: La extensión de los objetivos de cambio

Para la mayoría de los clínicos la aplicación del modelo de reducción de daños contempla objetivos de intervención de amplio espectro, en un continuo que incluye objetivos paliativos, objetivos adaptativos y también objetivos orientados al cambio (Fernández-Miranda, 2005. p.47):

- a) *Los objetivos paliativos* (o mínimos) persiguen paliar los daños relacionados con el consumo de drogas: prostitución, delincuencia, infecciones, SIDA. Pueden permitir al adicto llevar una vida más aceptable y con mínimos riesgos.
- b) *Los objetivos adaptativos* (intermedios) priorizan la readaptación personal y social, más que el logro de la abstinencia. Se podría plantear el consumo controlado, la reducción del número e intensidad de recaídas o el mantenimiento de la abstinencia a otras drogas.
- c) *Los objetivos orientados al cambio* (o máximos), con el objetivo final de la abstinencia, promueven la desintoxicación y trabajan de forma activa la prevención de recaídas.

La ampliación de objetivos para los TMM puede estar relacionada con los resultados obtenidos en los múltiples estudios realizados sobre la efectividad de estos tratamientos, en los que se ha podido observar la necesidad de promover cambios en las conductas de los pacientes con el fin de mejorar las intervenciones y no sólo ante el logro de objetivos máximos, sino en todos los niveles, ya que en cada uno de ellos parece pertinente el cambio de conductas de riesgo por conductas de prevención.

Tomando como referencia los procesos psicológicos y su relación con los resultados en el eje de la salud-enfermedad planteados en el Modelo Psicológico de Salud de Ribes (1990/2008), se pueden establecer los siguientes objetivos de cambio:

- a. **En el nivel paliativo**, el cambio en las *conductas asociadas a la enfermedad*:
 - Las conductas de prevención ante la infección o reinfección del virus del SIDA (uso de material inyectable estéril en los sujetos UDVP; uso correcto y sistemático del preservativo en las relaciones sexuales);
 - La adherencia a los tratamientos farmacológicos (de gran importancia los relacionados con el VIH, la hepatitis C, o los de profilaxis para la tuberculosis),
 - Los problemas físicos o psicológicos (ansiedad, irritabilidad, alteración del estado de ánimo) que puedan surgir como reacción a la enfermedad padecida o a los procedimientos terapéuticos utilizados

- La adquisición de hábitos básicos de salud en cuanto a la alimentación, el ciclo sueño-vigilia, el ejercicio físico o los cuidados higiénicos cotidianos;
- Los procesos de rehabilitación surgidos como consecuencia de patologías biológicas derivadas o concomitantes con la propia adicción.

b. **El nivel adaptativo** focaliza el logro de objetivos en los cambios a nivel social de los pacientes. Supone en el Modelo Psicológico de Salud, el abandono de *conductas instrumentales de riesgo* vinculadas a la adicción y la adquisición o puesta en práctica de *conductas instrumentales de prevención*:

- El abandono de actividades delictivas o marginales
- La abstinencia a otras drogas o su consumo controlado si fuera pertinente
- El ajuste a criterios normativos que faciliten la convivencia familiar y social
- Las actividades ocupacionales, formativas y laborales
- La diversidad de actividades de ocio

c. **El nivel de cambio** exige un aumento de la capacidad de las personas para generar nuevos estilos de comportamiento, distintos a los que funcionalmente fueron efectivos durante el periodo de adicción, debiendo afrontar y superar en primer término las molestias de un síndrome de abstinencia (*modulación biológica por las contingencias*) y adquiriendo posteriormente aptitudes, habilidades y destrezas que les permitan evitar las recaídas (*competencias funcionales presentes*).

Ante el objetivo de lograr la abstinencia al finalizar un TMM quedan por establecer o confirmar el tipo de cambios pertinentes que lo hagan posible y que lo hagan duradero en el tiempo. Varios estudios sobre esta cuestión (Cushman, 1974, 1981; Latowsky, 1998; Stimmel y Rabin, 1974), insisten en que el logro y sobre todo el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo implican necesariamente alcanzar un estilo de vida alejado de la cultura de las drogas. En ese cometido los factores sociales y psicológicos adquieren una gran importancia. Socialmente debe ser posible crear unas condiciones que faciliten la integración de aquellas personas que durante un determinado tiempo de su vida hayan estado alejadas de las claves del funcionamiento social general. Psicológicamente será imprescindible entrenarles en las competencias que hagan más probable esa integración. La investigación psicológica debe orientar el tipo de competencias y los procedimientos de entrenamiento más efectivos para su adquisición.

5. APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA A LAS INTERVENCIONES INTERDISCIPLINARES EN DROGODEPENDENCIAS

El trabajo interdisciplinar en el abordaje de las drogodependencias es ya el procedimiento de elección reconocido por la inmensa mayoría de la comunidad científica. Probablemente fue la formulación del Modelo Bio-Psico-Social (Pomerlau y Pomerlau, 1987), la que facilitó la confluencia de intervenciones por parte de diferentes disciplinas implicadas en el análisis del problema y el desarrollo de las terapéuticas orientadas a su solución. No obstante este planteamiento ha resultado demasiado global para ofrecer las respuestas pertinentes y se hace necesario un análisis en profundidad desde cada ámbito específico de conocimiento.

5.1 Lo psicológico en el modelo bio-psico-social

El modelo de Pomerlau y Pomerlau (1987), contempla tres factores en los procesos de salud-enfermedad para explicar el inicio y el mantenimiento de las conductas adictivas, independientemente del tipo de sustancia de que se trate:

- La vulnerabilidad biológica
- La conducta de los sujetos
- El contexto social

Y concluye que es necesaria la intervención sobre los tres factores para el tratamiento de las adicciones. El enfoque del modelo es multifactorial, sin llegar a establecer una relación funcional entre los distintos factores implicados. Algunos autores (Secades y Fernández-Hermida, 2001), lo reinterpretan como un modelo *bio-conductual*, integrando lo psicológico y lo social (*psicosocial*) en un solo concepto también desde una perspectiva multifactorial, que marcaría procedimientos de actuación a dos (o tres) bandas con el único requisito de coordinarse entre ellas.

Lo psicológico en este modelo podría ser considerado desde una doble perspectiva: formando parte de actuaciones multidisciplinares o colaborando en intervenciones interdisciplinares. Nos referimos a la reflexión que realiza Emilio Ribes (2010), sobre la colaboración

de diferentes disciplinas en actuaciones conjuntas sobre un mismo problema social. Ribes distingue dos formas de colaboración de la psicología con otras ciencias en el ámbito de su aplicación social: la *multidisciplina* y la *interdisciplina* (Ribes, 2010, p: 62)

...La multidisciplina se caracteriza por la intersección de dos o más disciplinas distintas en un problema particular compartido desde lógicas diferentes...Se propicia entre disciplinas limítrofes...El prefijo de la multidisciplina indica la dominancia teórica del abordaje, mientras que el complemento indica regularmente una aportación metodológica a su estudio... Dichas contribuciones son categorizadas con base en la teoría dominante y no la de las disciplinas participantes

...La interdisciplina se caracteriza por conjugar a distintas disciplinas científicas, tecnológicas y conocimiento práctico para la solución de una problemática definida socialmente. Las interdisciplinas corresponden a lo que usualmente se denominan profesiones..."

Bajo este punto de vista, el término *psicosocial* indicaría un abordaje multidisciplinar del problema desde paradigmas y teorías psicológicas, con una metodología basada en la sociología pero categorizada con base en la teoría psicológica. Se trataría por ejemplo de crear condiciones sociales que facilitarían comportamientos de ajuste alternativos a conductas de riesgo para la adicción y/o las patologías biológicas derivadas del uso de drogas. Por el contrario en el término *bioconductual* (o biopsicosocial), la teoría dominante de la multidisciplina es la correspondiente a la biología o a la biomedicina y lo conductual (psicosocial) es utilizado como método bajo los supuestos teóricos de la biología. En cierto modo es lo que parece estar ocurriendo actualmente desde planteamientos centrados en el modelo Bio-Psico-Social al analizar la etiología y el mantenimiento de las adicciones a sustancias y explicar el problema basándose en los aspectos neurobiológicos de la adicción, diagnosticándolo según los sistemas de clasificación de trastornos mentales como la DSM-IV o la CIE-10, pero proponiendo como tratamientos efectivos con evidencia empírica los desarrollados desde la metodología conductual, acompañados o no de tratamientos farmacológicos. Aunque el objetivo del tratamiento es en cualquier caso el cambio conductual, la elección de las terapias conductuales no se efectúa desde un *modelo de cambio*, de conducta aprendida, sino desde un *modelo de enfermedad*.

Sin embargo, considerando el enfoque interdisciplinar, la psicología (clínica) desarrollada profesionalmente en el ámbito de las instituciones sanitarias, en un equipo con

otros profesionales de disciplinas afines y orientando sus actuaciones hacia el logro de objetivos socialmente relevantes puede participar, en palabras de Ribes (2010; p:62).

...delimitando la relevancia de las dimensiones psicológicas, aportando técnicas de diseño, evaluación o intervención, interpretando el peso relativo de ciertos factores individuales, transfiriendo conocimiento derivado de sus relaciones multidisciplinares a los profesionales directos y, lo más importante pero lo menos frecuente, caracterizando críticamente la naturaleza del problema social en cuestión.

Proponemos inicialmente un enfoque interdisciplinar en el abordaje de las drogodependencias que permita analizar la etiología y el desarrollo del problema desde paradigmas y teorías psicológicas e investigar procedimientos metodológicos efectivos derivados de esa misma disciplina, para después poder contribuir multidisciplinariamente con disciplinas afines. Para ese cometido es pertinente realizar una reflexión previa sobre los criterios de valoración actual en cuanto a la efectividad de los tratamientos psicológicos, tanto más cuanto que los tratamientos de mantenimiento con metadona que abordamos en el presente trabajo tienen un fuerte componente biomédico y farmacológico y se hace imprescindible delimitar las aportaciones que desde la psicología pueden contribuir a sus resultados.

5.2 Tratamientos psicológicos efectivos en drogodependencias

Desde la publicación por el NIDA (*National Institute of Drug Abuse*, de Estados Unidos), en 1999 de los principios del tratamiento efectivo y su lista de recomendaciones sobre tratamientos psicológicos efectivos en drogodependencias (entre otros problemas de salud), se han producido diversas aportaciones en nuestro país acerca de los procedimientos terapéuticos señalados, valorando y cuestionando en algunos casos los criterios seguidos para establecer esa clasificación. Los autores españoles que más en profundidad han analizado la cuestión de la efectividad de los tratamientos psicológicos, al menos en relación a las drogodependencias, son sin duda, Fernández-Hermida, Pérez-Álvarez y Secades, todos ellos de la Universidad de Oviedo.

El NIDA avala varios tratamientos efectivos para las drogodependencias.

Cuadro 1
Principios del Tratamiento Efectivo
NIDA (1999)

1. Ningún tratamiento en particular es apropiado para todos los individuos.
2. El tratamiento necesita ser fácilmente accesible
3. El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo
4. El plan de tratamiento individual debe ser evaluado continuamente y modificado en la medida en que sea necesario para asegurarse de que dicho plan tiene en cuenta las necesidades cambiantes de la persona.
5. La permanencia en el tratamiento durante un tiempo adecuado es crítico para la efectividad del tratamiento.
6. El consejo psicológico (individual o en grupo) y otras terapias conductuales son componentes críticos para el tratamiento efectivo de la drogadicción.
7. La medicación es un elemento importante para el tratamiento de muchos pacientes, especialmente cuando se combina con el consejo psicológico y otras terapias conductuales
8. Los individuos que son adictos o que abusan de las drogas y que presentan además trastornos mentales deberían tener tratamiento para ambos trastornos de una forma integrada.
9. La desintoxicación médica es sólo el primer paso del tratamiento de la adicción y por sí misma es poco efectiva para cambiar el uso de las drogas a largo plazo.
10. El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo.
11. El uso posible de drogas durante el tratamiento debe ser monitorizado continuamente
12. Los programas de tratamiento deberán proveer la evaluación de una posible infección por VIH/SIDA, Hepatitis B y C, Tuberculosis y por otros agentes infecciosos, además de consejo psicológico para ayudar a los pacientes a cambiar o modificar las conductas que les ponen a ellos mismos o a los otros en riesgo de infección.
13. Recuperarse de la adicción a drogas puede ser un proceso a largo plazo y requiere frecuentemente múltiples episodios de tratamiento.

En algunos casos y basándose en los estudios de meta-análisis realizados, considera dichos tratamientos bien establecidos (con evidencia empírica suficiente); otros los clasifica como tratamientos probablemente establecidos (con todavía escasos estudios empíricos que avalen los resultados sobre su efectividad) y por último, menciona los tratamientos que se encuentran todavía en fase experimental. Estos resultados han servido de base a publicaciones españolas de guías de tratamientos basados en la evidencia científica (Becoña y Cortés, 2008; Fernández-Miranda, 2008; Fernández-Miranda y Pereiro, 2007).

Tabla 6. Tratamientos Efectivos para las Drogodependencias. NIDA, 1999

	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3
Nicotina			
Programas conductuales multicomponentes	X		
Sustitutivos de nicotina	X		
Alcohol			
Aproximación de Tratamiento Comunitario (CRA)	X		
Entrenamiento en Habilidades Sociales	X		
Prevención de Recaídas (PR)	X		
Terapia conductual Familiar y de Pareja	X		
Disulfiram y Naltrexona		X	
Cocaína			
Prg. Reforzamiento Comunitario + Terapia de Incentivo (CRA + Vouchers)	X	X	
Terapia cognitivo-conductual (PR)			
Heroína			
Manejo de contingencias + Tratamiento farmacológico	X		
Metadona	X		
Manejo de contingencias /CRA/Programas cognitivo-conductuales/naltrexona		X	
Exposición a señales.			X

Tipo 1: Tratamiento Bien Establecido; Tipo 2: Tratamiento Probablemente Bien Establecido;

Tipo 3: Tratamiento en Fase Experimental.

Fuente: Pérez-Álvarez y Fernández-Hermida (2001)

Además de lo establecido por el NIDA, Fernández-Hermida y Secades (2000), han tenido en cuenta los criterios de La *American Psychological Association* y de La *Society of Clinical Psychology* (división XII de la APA); la primera considera que los tratamientos psicossociales que gozarían de una confianza más alta para el tratamiento del alcoholismo serían los de orientación conductual y para los trastornos por uso de cocaína y opiáceos, las terapias conductuales y las cognitivo-conductuales. Otros tratamientos con otras orientaciones (psicodinámicas, de auto-ayuda, sistémicas, etc.) también pueden resultar útiles en algunos casos, pero se les asigna un nivel de confianza menos elevado. La Sociedad de Psicología Clínica por su parte clasifica los tratamientos con evidencia empírica para las dependencias del alcohol, la cocaína y los ansiolíticos. Al comparar las recomendaciones formuladas por ambas entidades (APA y NIDA), los autores concluyen las tendencias que desde su punto de vista, marcan la investigación realizada (Fernández-Hermida y Secades, 2000):

Cuadro 2
Tratamientos apoyados por la evidencia empírica
Society of Clinical Psychology

Alcoholismo

Tratamiento de exposición
Enfoque de refuerzo comunitario
Entrenamiento en habilidades sociales

Abuso y dependencia a cocaína

Terapia conductual
Terapia cognitivo-conductual de
prevención de recaídas

Abuso y dependencia a tranquilizantes menores

Terapia cognitivo-conductual

- ✓ *No parece haber dudas de que la intervención psicológica es útil y recomendable en el tratamiento de las drogodependencias*
- ✓ *El tratamiento psicológico es central en el tratamiento de las adicciones y por lo tanto su utilización es recomendable en todas las modalidades de tratamiento*
- ✓ *La orientación dominante en el conjunto de las intervenciones psicológicas recomendadas tiene un matiz cognitivo-conductual*
- ✓ *La medicación puede ser un elemento importante del tratamiento, pero especialmente cuando se combina con la intervención psicológica*

La primera cuestión polémica surgida a raíz de estos estudios es la vinculación entre los tratamientos psicológicos efectivos y el diagnóstico establecido. Fernández-Hermida y Secades (2000), diferencian dos tipos de marcos conceptuales desde el que se puede identificar el problema: el diagnóstico categorial (DSM IV y CIE 10), sobre el que afirman que no es suficiente para la comprensión del problema y la planificación de un tratamiento; y el modelo funcional de conducta, que explica el consumo de drogas a partir de los mismos paráme-

tros que cualquier otra conducta y que puede ser analizado y modificado como los demás tipos de conducta, determinando en cada caso particular, las variables implicadas y las condiciones de las que dependen para establecer de este modo los objetivos terapéuticos y los procedimientos que puedan contribuir a su logro.

Del mismo modo, Fernández-Hermida y Pérez-Álvarez (2001), resaltan que los supuestos que subyacen a las guías de tratamientos empíricamente apoyados que equiparan técnicas con trastornos, puede que no sean los procedimientos más adecuados para una investigación rigurosa de la utilidad relativa de las psicoterapias, al concebir los tratamientos psicoterapéuticos como tratamientos médicos o al utilizar una metodología científica para la evaluación empírica de los tratamientos psicológicos totalmente inadecuada para ese fin. Citan autores como Beutler (2000) o Garfield (1998), que apoyan una evaluación desde una perspectiva diferente, que tenga en cuenta más a la persona y al terapeuta y que se centre menos en la nosología clásica psicopatológica y más en los procesos psicológicos que están implicados en el cambio terapéutico.

Tabla 7. Dos sistemas de clasificación de los tratamientos psicológicos efectivos en drogodependencias

<i>DIAGNÓSTICO CATEGORIAL</i>	<i>METODOLOGÍA CONDUCTUAL</i>
Tratamiento de la adicción a la nicotina	Terapias conductuales multimodales <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas aversivas - Prevención de recaídas - Técnicas de autocontrol
Tratamiento de la adicción al alcohol	Aproximación de reforzamiento comunitario Entrenamiento en habilidades sociales Prevención de recaídas Terapia conductual familiar y de pareja
Tratamiento de la adicción a la cocaína	Programa de reforzamiento comunitario más terapia con incentivo Terapia cognitivo conductual de habilidades de afrontamiento (prevención de recaídas)
Tratamiento de la adicción a la heroína	Manejo de contingencias Programas cognitivo-conductuales (prevención de recaídas) Exposición a pistas o señales

En nuestra opinión, la metodología por la que se establecen objetivos y se planifican tratamientos conductuales no guarda una relación lógica con el modelo teórico conductual (cuya metodología es el análisis funcional de conducta), sino que es aplicada (no derivada) a diagnósticos establecidos categorialmente basados en el modelo bio-médico. El resultado es una clasificación de técnicas conductuales con evidencia empírica de efectividad según el tipo de sustancia consumida (o trastorno diagnosticado). Se trata de un enfoque multidisciplinar, *bioconductual* de la intervención psicológica en drogodependencias.

En la misma línea se subrayan otras cuestiones polémicas, internas a la propia disciplina psicológica y el modelo conceptual. Según Pérez-Álvarez y Fernández-Hermida (2001), la taxonomía de tratamientos establecida resulta heterogénea ya que algunos son marcos terapéuticos globales (terapia conductual, terapia cognitivo-conductual) mientras que otros hacen referencia a técnicas (o grupos de técnicas) propias de una metodología particular (CRA; PR) y otros son específicos de problemas que se producen en contextos bien definidos (terapia familiar, terapia de pareja). También cuestionan la misma terminología de *cognitivo-conductual* en referencia a los procedimientos terapéuticos utilizados.

Desde nuestro punto de vista, la efectividad de los tratamientos psicológicos en drogodependencias varía de individuo a individuo y no puede establecerse en función de la sustancia consumida, como ya se había planteado en el enfoque bio-psico-social. La interacción organismo-ambiente es para la disciplina psicológica, el objeto de estudio, el motivo de análisis y el foco de los tratamientos en clínica cuando dicha interacción supone un problema sanitario y/o social para el individuo y/o para los que le rodean. El tipo de sustancia y su efecto sobre el organismo únicamente varían los aspectos morfológicos de la interacción, pero no la funcionalidad de la misma, que va a depender de los procesos psicológicos implicados en la situación concreta y de la historia de aprendizaje de un individuo particular. Los tratamientos psicológicos podrán mostrar su efectividad en tanto en cuanto pueda observarse su consistencia en modificar funcionalmente una interacción *organismo-ambiente*, es decir, la dimensión funcional de dicha interacción que es la conducta.

Por otro lado, señalamos que la efectividad del tipo de técnicas utilizadas para el cambio (funcional) de conductas puede variar a lo largo de los tratamientos en drogodepen-

dencias: una economía de fichas puede resultar efectiva para favorecer la interrupción del consumo, pero no tanto si el objetivo es la prevención de recaídas seis meses después; y el ejercicio de toma de decisiones y planificación de la puesta en práctica de soluciones para resolver un problema, será efectivo probablemente para conseguir el mantenimiento de la abstinencia y la prevención de recaídas, pero no lo sería tanto durante la desintoxicación. Ambas técnicas no tienen sentido en relación a la sustancia consumida, sino más bien dependen del tipo de relación de un individuo particular con una o varias sustancias, en un momento concreto y bajo condiciones específicas de tratamiento, incluida la relación terapeuta-paciente, sin obviar la historia interconductual del paciente y su aptitud funcional o capacidad de aprendizaje.

Optar por interdisciplina vs. multidisciplina significa apostar por el desarrollo de la psicología entendida como parte de las disciplinas científicas, siguiendo la tradición de la psicología del aprendizaje; y significa reivindicar los métodos psicológicos de análisis del comportamiento para establecer hipótesis explicativas sobre las que basar los procedimientos, estrategias o técnicas de intervención. Significa establecer diferencias cualitativas de la psicología clínica frente a la psicoterapia; de los psicólogos clínicos frente a los psicoterapeutas o simplemente “terapeutas” con diferentes apellidos (terapeuta de familia, terapeuta de pareja...); y de las intervenciones clínicas en ámbitos sanitarios frente a la práctica de la “terapia” con diferentes nombres (risoterapia, musicoterapia...) y aplicada en contextos no sanitarios (reuniones de ex adictos denominadas terapias). Cada vez es más frecuente que los “proveedores de terapias” no tengan formación psicológica; y esto afecta tanto a otras profesiones afines (médicos, trabajadores sociales, monitores de tiempo libre, educadores, orientadores...) como a miembros de asociaciones o a cualquier otro tipo de “consejeros”.

Una vez establecido el marco teórico y metodológico de la psicología conductual, como el desarrollo científico de la psicología capaz de aportar mayor evidencia científica en su aplicación a los problemas de salud que afectan a los individuos, es necesario incrementar la cantidad y calidad de trabajos de investigación que vayan diferenciando las intervenciones psicológicas más efectivas y proporcionen a los psicólogos clínicos la orientación terapéutica pertinente.

6. HACIA UN MODELO INTEGRAL DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD APLICADO A LAS DROGODEPENDENCIAS

De todo lo expuesto hasta el momento se deduce que la psicología es una disciplina cuyas aportaciones en el ámbito de la salud y de las drogodependencias ha adquirido una importancia significativa, pero también parece evidente que quedan por resolver problemas fundamentales que afectan al propio desarrollo de la psicología como ciencia del comportamiento y a su capacidad para contribuir y dar respuesta a las problemáticas sociales que afectan a la salud de los individuos.

Se plantean pues varias cuestiones de interés:

- 1) La necesidad de establecer (restablecer) una correspondencia lógica entre la explicación de un problema de salud (drogodependencia en este caso), la metodología de análisis utilizada y los procedimientos psicológicos empleados en su tratamiento (*modelo conductual*), como alternativa a la práctica actual dominante de aplicar técnicas psicológicas bajo modelos explicativos biomédicos y diagnósticos categoriales centrados en el tipo de sustancia consumida (*modelo bioconductual*).
- 2) La conveniencia de desarrollar (de reanudar) líneas de investigación coherentes entre modelos explicativos y teorías conductuales (investigación básica); y entre metodologías de análisis y técnicas utilizadas (investigación aplicada) que confirmen o refuten la evidencia empírica de los tratamientos psicológicos efectivos establecida hasta el momento y que puedan aportar nuevas evidencias.
- 3) La utilidad de considerar todas las aportaciones conceptuales, teóricas, metodológicas y técnicas, con suficiente base empírica, que se han producido hasta la actualidad e intentar una unificación de paradigmas de carácter integrador desde la ciencia del comportamiento.
- 4) La exigencia de colaborar con otras disciplinas en la solución de problemas sociales desde la propia identidad disciplinar de la psicología.

Desde nuestro punto de vista son numerosas las aportaciones conductuales con evidencia empírica a la explicación de la etiología, el mantenimiento y el abordaje terapéutico de las drogodependencias. Buena muestra de ellas se han mencionado en la revisión sobre

los modelos conceptuales, al tiempo que se han confrontado con otros modelos ajenos a la disciplina psicológica. Dichas aportaciones han surgido desde marcos conceptuales específicos de explicación de la conducta como objeto de la psicología y de las metodologías coherentes con su modelo explicativo.

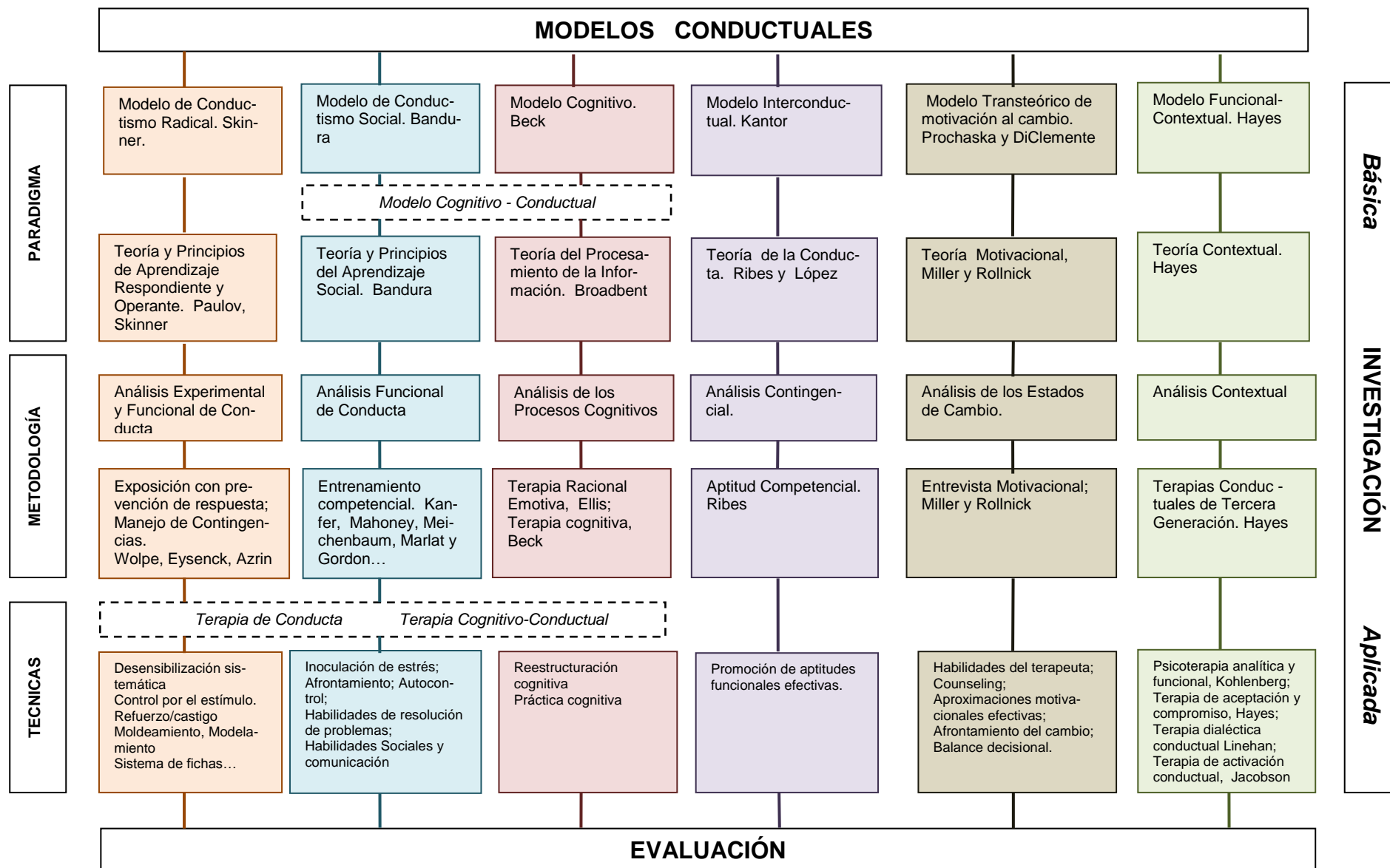
En la Figura 2 se recoge de forma esquemática un intento de aproximación a una visión global de la contribución de la psicología conductual al ámbito de la salud en general y específicamente a las drogodependencias.

6.1 La psicología conductual aplicada a la salud y las drogodependencias

El mayor desarrollo empírico de la psicología de la salud en su aplicación al problema de las drogodependencias se encuentra en los modelos de conductismo radical y conductismo social. Tal y como plantea García-Rodríguez (2008), la eficacia demostrada de las técnicas psicológicas en el tratamiento de las drogadicciones se basa en que las conductas de uso y abuso de drogas son conductas operantes y que las contingencias desempeñan un papel determinante en el inicio, desarrollo y abandono de las mismas. Esta autora recuerda que desde la terapia de conducta se proponen tres tipos de intervención derivados de diferentes modelos de aprendizaje: las técnicas de exposición a estímulos, derivadas del condicionamiento clásico; los programas de manejo de contingencias, derivados de los principios del condicionamiento operante; y los programas de entrenamiento en habilidades sociales y prevención de recaídas, basados en los principios del aprendizaje social; y que estos tres abordajes no deben entenderse como estrategias excluyentes o independientes sino como técnicas complementarias que deben integrarse dentro de los programas de tratamiento disponibles.

La investigación básica y aplicada al estudio de las drogodependencias basada en los principios de aprendizaje del condicionamiento clásico y operante y el análisis experimental de conducta ha sido recogida por Graña y García-Álvarez (1993).

Figura 2. Modelos Conductuales en Psicología de la Salud y de las Drogodependencias



Estos autores mencionan las primeras aportaciones de Wikler (1965), sobre el *síndrome de abstinencia condicionado*; los estudios sobre la *tolerancia conductual* o *tolerancia condicionada* de Siegel (1975, 1978), Jaffe (1982) y O'Brien (1993); los ensayos sobre el efecto placebo o *respuestas condicionadas similares* de O'Brien (1975, 1993); el concepto de *estados afectivos negativos*, como uno de los principales componentes motivacionales en el abuso de drogas desarrollado por Solomon y Corbit (1974); los ensayos con animales (Beach, 1957; Henningfield, 1986; Speelman y Goldberg, 1978; Spragg, 1940; Young y Herling, 1986) y con humanos (Liebson, 1978; Meyer y Merin, 1979; Wikler, 1980), determinando la eficacia de drogas (opiáceos) como *reforzadores positivos*; la funcionalidad de la autoadministración de la droga como *reforzador* negativo planteada por Wikler (1965, 1980) y otros (Goldberg y Shuster, 1970; Thompson y Shuster, 1964); el estudio de los *programas de reforzamiento intermitente* basados en los experimentos de Ferster y Skinner (1977), aplicados al consumo de drogas por Katz (1979) y Speelman y Goldberg (1978); la importante formulación de la *teoría de los procesos oponentes de la motivación adquirida* formulada por Solomon y colaboradores (Solomon, 1977; Solomon, 1980; Solomon y Corbit, 1974) y la explicación desde el mismo planteamiento teórico de fenómenos como el de la *tolerancia cruzada* (generalización de la adicción a través de procesos oponentes).

Del mismo modo, los fundamentos del aprendizaje social de Bandura desarrollados después desde el modelo y la terapia cognitivo-conductual han dado lugar a numerosos trabajos estudiando la efectividad de sus técnicas aplicadas desde la metodología del análisis funcional de conducta. Diversas publicaciones sobre terapia de conducta y técnicas de modificación de conducta (Buela-Casal y Caballo, 1991; Labrador, Cruzado y Muñoz, 1993), mencionan las aportaciones de la terapia cognitiva en los tratamientos psicológicos, entre las que destacan las técnicas orientadas a incrementar los repertorios competenciales de las personas para hacer frente a los problemas sociales: las *técnicas de solución de problemas* de D'Zurilla y Goldfried (1971); las de Thoresen y Mahoney (1974), sobre el *autocontrol conductual*; el *entrenamiento en habilidades sociales y asertividad* (Goldstein, 1976; Lange y Jakubowsky, 1976; Liberman, 1975; Trower, 1978); la formulación del *enfrentamiento al estrés* de Lázarus y Folkman (1986); el desarrollo de la técnica de *autoinstrucciones* y el procedimiento de *inoculación de estrés* de Meichenbaum y colaboradores (1977, 1985). En una revisión de

todos estos procedimientos, Sánchez-Meca, Rosa y Olivares (1999), presentaron un meta-análisis de estudios publicados en revistas científicas españolas en el que comprobaron que las técnicas cognitivo-conductuales, solas o combinadas, son eficaces tanto a corto como a largo plazo. Entre todo el conjunto de técnicas comparadas, destacaban por su eficacia el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y, en concreto, las técnicas de autocontrol. En su estudio relacionaban estos resultados con el tipo de problema tratado al comprobar que una gran parte de los problemas presentados por los pacientes en el meta-análisis eran problemas de adicción tratados con técnicas de autocontrol; estos problemas eran los que mayor tamaño del efecto alcanzaban, lo que significaba que eran tratados con las técnicas más adecuadas.

Los procedimientos derivados de la psicología humanista de Carl Rogers han tenido recientemente un desarrollo importante en el campo de las adicciones a través de la formulación del modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (1982, 1983, 1984, 1985, 1986. En Graña, 1994) y de las publicaciones de Miller y Rollnick (1991/1999) sobre la entrevista motivacional; aunque no se dispone de demasiada evidencia empírica sobre la efectividad aislada de sus procedimientos terapéuticos.

Lo mismo puede decirse de las estrategias terapéuticas derivadas de la terapia contextual, al menos aplicadas al campo de las drogodependencias. Se conocen algunas formulaciones como la *Terapia de Activación Conductual* desarrollada sobre bases contextuales y funcionales de la depresión; o la *Terapia de Aceptación y Compromiso* orientada al cambio de la dimensión funcional de un patrón conductual de evitación ante experiencias privadas desagradables, pero como sus propios promotores expresan, no se trata de terapias protocolizadas, que tengan que seguir determinados pasos y aplicar tales técnicas, sino más bien de una “filosofía terapéutica” (Pérez-Álvarez, 2008), lo que supone evidentes dificultades de operativización.

El modelo interconductual, con bases teóricas y metodológicas muy sólidas, no ha desarrollado hasta el momento procedimientos derivados de la investigación aplicada. Existe en la actualidad una línea de trabajos empíricos muy interesantes sobre la evaluación de las competencias efectivas y la aptitud funcional aplicada a situaciones de salud-enfermedad

(Rodríguez-Campuzano, 2003) y en particular a la prevención del VIH (Díaz-González, Rodríguez-Campuzano y Robels, 2003; Díaz-González, Rodríguez-Campuzano y Moreno, 2005), que podrían constituir una referencia para considerar su aplicación en el campo de las adicciones. También se han propuesto vías de investigación sobre el comportamiento adictivo y la sustitución de contingencias, y la evaluación de la efectividad de diversas modalidades de tratamiento diseñadas específicamente para promover comportamiento sustitutivo en personas que abusan de las drogas (Pérez-Almonacid, Pedroza, vacío et al., 2012).

6.2 Clínica conductual en drogodependencias

En la literatura especializada se pueden encontrar múltiples referencias a técnicas o programas de tratamiento bajo el denominador común de la terapia cognitivo-conductual. Teniendo en cuenta que bajo dicha terminología también se contemplan procedimientos derivados del conductismo clásico y operante y que desde el marco teórico común de la psicología conductual y del modelo de cambio pueden desarrollarse intervenciones que no se ajusten exactamente a los fundamentos cognitivos, proponemos una planificación de la clínica conductual en la atención a las drogodependencias siguiendo las tres fases formuladas por Becoña (1991), para este ámbito particular de la salud:

- Preparación (*motivación*),
- Abandono (*interrupción del consumo problemático*),
- Mantenimiento de la abstinencia o consumo controlado (*prevención de recaídas*).

En todas y cada una de las fases se puede emplear una combinación de técnicas basadas en el condicionamiento clásico (discriminación y control de estímulos, control de la activación, exposición con prevención de respuesta...); el condicionamiento operante (moldeamiento, manejo de contingencias, refuerzo de conductas incompatibles, modelado, ensayo conductual...); y el aprendizaje social y cognitivo (autocontrol, control del diálogo interno y autoinstrucciones, reestructuración cognitiva, inoculación de estrés, habilidades sociales y resolución de problemas); siempre desde la metodología del análisis funcional de conducta (AFC) de caso único y por supuesto aplicable al consumo de cualquier sustancia con efectos psicoactivos que haya generado un problema de adicción y/o cualquier otro tipo de

problemática biomédica y/o social. Otras aplicaciones en grupo a modo de “talleres psicoeducativos” de entrenamiento en paquetes estandarizados de estas técnicas pueden ser útiles y complementarios a la práctica clínica pero nunca sustituirla. La asignación de un programa multimodal, o de alguno de sus componentes, al tratamiento de la adicción a una sustancia en concreto queda al margen de la metodología conductual.

Se detalla a continuación la posible intervención terapéutica en cada una de las tres fases de los tratamientos:

1ª) Preparación: Intervención para la motivación al cambio

Durante los últimos años, en la fase inicial de preparación (*motivación*) para la intervención en drogodependencias, además de las técnicas conductuales tradicionales (autoobservación mediante autorregistros, contratos conductuales, atribuciones, expectativas, disonancia cognitiva y lugar de control sobre problemas asociados al uso problemático de drogas, etc.) se han incorporado procedimientos derivados del modelo transteórico de motivación al cambio, como el análisis de los estadios de cambio, el balance decisional (Prochaska y Diclemente, 1982, 1992. En Tejero y Trujols, 1994) y la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1999), basados en los planteamientos de la *terapia centrada en el cliente* de Carl Rogers (1959), en la cual la relación terapeuta-paciente es un objetivo clave de la intervención psicológica. Esta cuestión también ha sido recogida en la formulación del modelo contextual y las *terapias conductuales de tercera generación* (Hayes, 2004), que inciden a su vez en la importancia del contexto social donde surge y se desarrolla el problema de adicción en un paciente en particular y la necesidad de intervenir en la interacción del paciente con su entorno. También desde el modelo psicológico de salud (Ribes, 1990/2008), la valoración del consumo de drogas como problema y la motivación para afrontar el cambio solo puede producirse en el contexto social y de referencias normativas relevantes para el paciente.

2ª) Abandono: Intervención para la interrupción del consumo

La interrupción del consumo problemático supone, para el paciente que se somete a ella durante el proceso terapéutico, una fuente de estímulos estresantes con alta probabilidad de reactividad fisiológica. Se puede afirmar que el estrés es uno de los factores psicológicos críticos durante la fase de desintoxicación. Por un lado estaría relacionado con la situación

estimular previa, de carácter aversivo, coherente con la demanda de tratamiento y la motivación al cambio. Por otro lado, los sistemas reactivos del organismo pueden verse alterados por las expectativas y atribuciones sobre el síndrome de abstinencia, debidas a experiencias previas o modeladas lingüísticamente, interpretadas como aspectos amenazantes, perjudiciales o dañinos por el paciente, que también puede poner en cuestión su propia capacidad para afrontarlo.

Pedrero, Rojo y Puerta (2008), hacen una revisión de la relación entre estrés y adicción y citan autores que la establecen: a) en la etiología del problema, como factor elicitor del consumo (González, Fernández y Secades); b) en su mantenimiento y cronificación, aumentando la probabilidad de respuesta por reforzamiento negativo ante los problemas que surgen por la repetición continuada y mantenida de la conducta (Sutherland y Sheperd; Calafat); c) en la motivación hacia el tratamiento por la situación de estrés derivado de la problemática de la adicción (Pedrero); y d) en las recaídas durante el proceso de interrupción del consumo por alivio de la sintomatología de abstinencia (Koob, Lopez-Durán y Becoña). Para estos autores, más que el estrés, lo que se relaciona con el consumo abusivo de sustancias es el modo en que las personas le hacen frente, enlazando directamente con el concepto de *estrés* y de *afrontamiento* promulgado por Lazarus y Folkman (1986, p: 43; p: 146):

El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

...Afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Lo que caracteriza el concepto de estrés definido es por un lado, que va más allá de la mera reactividad del organismo a circunstancias o estímulos estresantes y la consideración del afrontamiento como un proceso de ajuste a determinadas condiciones del ambiente, siempre cambiante e independiente de sus resultados. La relación entre situación y emoción está mediada por estilos individuales de afrontamiento (competencias).

Repasando las formulaciones sobre estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman observamos dos cuestiones de especial interés:

En primer lugar el hecho de explicar los mecanismos por los que el afrontamiento afecta al estado de salud de los individuos: (En Lazarus y Folkman, 1986. p: 237-238).

- *Las patologías biológicas (enfermedades) están relacionadas con factores de estrés, emoción y afrontamiento (Síndrome General de Adaptación de Selye, 1956, 1976).*
- *El afrontamiento puede influir en la frecuencia, intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas al estrés*
- *El afrontamiento puede afectar la salud de forma negativa, aumentando el riesgo de mortalidad y morbilidad cuando incluye un uso excesivo de sustancias nocivas, como son el alcohol, las drogas y el tabaco, o cuando abocan al individuo a actividades que significan un riesgo importante para su vida*
- *Las formas de afrontamiento dirigido a la emoción pueden dañar la salud al impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud/enfermedad.*

En segundo lugar por la referencia al afrontamiento como *capacidad* de las personas para manejar una situación: la forma en que una persona afronte realmente la situación dependerá principalmente de los recursos de que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos en el contexto de una interacción determinada. Para los autores, decir que una persona tiene muchos recursos no solo significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también tiene habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno. Los autores establecen unas categorías básicas de recursos para el afrontamiento del estrés: *salud y energía, creencias positivas, estrategias de resolución de problemas, habilidades sociales, apoyo social y recursos materiales*. Los resultados de los procesos de afrontamiento empleados están vinculados a consecuencias adaptativas en el funcionamiento social, en la moral (estado de ánimo) y en la salud de los individuos. (Lazarus y Folkman, 1986):

- *El funcionamiento social global del individuo está en gran medida determinado por la efectividad con que evalúa y afronta los acontecimientos de su existencia diaria. La efectividad en la evaluación de una interacción específica está determinada por su congruencia con el curso real de los acontecimientos (evaluación primaria) y la congruencia entre las opciones de afrontamiento, las demandas reales y la estrategia elegida (evaluación secundaria).*
- *El estado moral (ánimico) a largo plazo va paralelo al que se da a corto plazo en el transcurso de una interacción específica. La moral (estado de ánimo) a largo plazo probablemente depende de la tendencia a evaluar las situaciones como desafiantes (retos), de considerar los resultados negativos desde un punto de vista optimista y, en general, del manejo eficaz de un amplio conjunto de demandas.*

Ambos conceptos, la vinculación del afrontamiento con las enfermedades y su relación con la capacidad de los individuos, también es contemplada en la formulación del modelo psicológico de salud de Ribes (1990/2008), quien describe la *modulación biológica por las contingencias*, en referencia al dato constatado de que las condiciones biológicas del organismo pueden ser afectadas diferencialmente, dependiendo de la manera en que el individuo actúa frente a las contingencias de una situación determinada. Desde este enfoque, las funciones biológicas no sólo regulan las formas de comportamiento posibles, sino que a su vez se ven afectadas por el contacto funcional que estas formas de comportamiento hacen con las variables del ambiente. Los cambios orgánicos producidos, específicos (secreción gástrica, tensión arterial, etc.), o generales que afectan al sistema inmunitario (vía sistema neuroendocrino y neurovegetativo), aumentan el riesgo de desarrollar procesos patológicos a nivel orgánico, con el consiguiente aumento en la vulnerabilidad biológica del individuo.

Ribes (1990/2008), afirma que el análisis de las alteraciones biológicas mediadas por el comportamiento frente a contingencias situacionales ha permitido examinar de manera sistemática las propiedades estresantes de los acontecimientos y agentes externos y concluye que los efectos del estrés no dependen exclusivamente de las características físicas de la situación, como proponían los primeros investigadores.

En gran coincidencia con los postulados de Lazarus y Folkman, Ribes explica los procesos psicológicos implicados en el estrés (1990; pag. 29):

Es el comportamiento objetivo que se despliega frente a situaciones que tienen características contingenciales delimitables, el que modula las formas de reacción biológica del propio individuo... El comportamiento es la dimensión funcional del cuerpo en su interacción con el ambiente. Es absolutamente lógico que las funciones biológicas no sólo regulen las formas de comportamiento posibles, sino que a su vez se vean afectadas por el contacto funcional que estas formas de comportamiento hacen con las variables del ambiente. En la medida en que el individuo constituye un todo inseparable, el comportamiento es la dimensión crítica que regula diferencialmente las propiedades funcionales de los agentes del ambiente en su acción sobre el organismo.

En el modelo psicológico de salud está reflejada la relación entre este tipo de interacciones y las patologías biológicas, a través de incremento de la vulnerabilidad biológica. Las formas particulares en que un individuo interactúa con las contingencias de una situación

pueden producir cambios orgánicos específicos o generales que afecten a la vulnerabilidad y de este modo aumentar la probabilidad de aparición de enfermedades.

La capacidad de un individuo para hacer frente a la modulación biológica por las contingencias, que podría equipararse al concepto de afrontamiento de Lazarus y Folkman, Ribes la define como (Ribes, 1990; pag. 46).

...La pertinencia funcional de la historia interactiva para facilitar el desarrollo de nuevas formas de competencia efectiva en situaciones actuales

Ribes identifica cuatro niveles funcionales en que puede tener lugar las competencias efectivas en una situación:

- **Interacciones situacionales no instrumentales**, en las que el individuo actúa reaccionando diferencialmente. La conducta es regulada por las relaciones que se dan en la situación, sin que sus acciones intervengan en la regulación o alteración de tales relaciones. Ejemplos serían las reacciones emocionales y los comportamientos de ajuste o seguimiento de instrucciones.
- **Interacciones situacionales instrumentales**, en este caso el individuo sí desarrolla conducta efectiva sobre la situación produciendo cambios en ella que constituyen a su vez consecuencias que afectan, favorable o desfavorablemente, al propio comportamiento del individuo. Un ejemplo sería el tipo de conducta que se relaciona con problemas de obesidad por ingestión de alimentos en magnitud, frecuencia y calidad desproporcionada.
- **Interacciones extrasituacionales**, que exigen una mayor participación del individuo en la adopción de los criterios de efectividad requeridos. Esta interacción supone actuar en una situación como si los elementos y relaciones de contingencia que la configuran estuvieran regulados por los acontecimientos que tienen, tuvieron o tendrán lugar en otro momento y/o en otra situación. Implica la participación del propio comportamiento lingüístico del individuo. Puede asumir diversas formas:
 - *Reaccionar en ausencia de la situación como si se estuviera en ella*
 - *Reaccionar en una situación como si no se estuviera en ella*
 - *Reaccionar en una situación como si fuera distinta*
 - *Reaccionar en una situación x con las interacciones no instrumentales de la situación y*
 - *Reaccionar en una situación x con las interacciones instrumentales de la situación y*
 - *Una combinación de cualquiera de estas posibilidades*

Ejemplos de interacciones extrasituacionales pueden ser las del individuo que siente ansiedad días antes de un examen o el de otro que acude al mismo examen sin haber estudiado pero confiado en que alguien le pasará las respuestas correctas.

- **Interacciones transituacionales**, implica la abstracción de las condiciones con las que se enfrenta el individuo, el cual reacciona no con lo que ocurre en una situación, sino en términos (lingüísticos) de cómo la conceptualiza. Un ejemplo podría ser el de una persona con dieta vegetariana con base en creencias sobre sus propiedades, sin haber tenido experiencias propias o de otras personas cercanas.

En el modelo formulado por Ribes, las competencias funcionales efectivas están relacionadas con factores históricos: *la historia de aprendizaje* de dichas competencias, como capacidad adquirida por el individuo en el pasado para interactuar efectivamente con situaciones que prescriben ciertos requerimientos o resultados; y *los estilos de respuesta*, que constituyen las maneras idiosincráticas en que cada individuo aprende a entrar en contacto con determinado tipo de situaciones.

Los conceptos revisados hasta ahora permiten concluir que en las intervenciones clínicas para el tratamiento de las drogodependencias, el proceso de desintoxicación de una sustancia psicoactiva en un contexto sociofamiliar probablemente alterado y teniendo en cuenta la sintomatología de abstinencia posible, además de otras patologías concurrentes, se puede valorar como una interacción del individuo con su entorno donde algunos sistemas reactivos pueden verse modificados por las contingencias situacionales y en la que se exige un nivel de efectividad determinado para poder cumplir con los criterios de ajuste. Este tipo de interacción puede ser identificado como estrés subjetivo, estrés psicológico o estrés percibido por las personas. El proceso de intervención por tanto, puede orientarse a la adquisición o perfeccionamiento de los modos de afrontamiento pertinentes teniendo en cuenta las capacidades de las personas y su nivel de aptitud funcional, la historia de aprendizaje de dichas competencias y sus propios estilos de respuesta.

No hay que olvidar que los procesos de desintoxicación se prolongan durante más tiempo que el necesario para la eliminación del tóxico en el organismo, el cual dependerá de la vida media de eliminación de cada tipo de sustancia (que con excepción de cánnabis, no va más allá de 48 o 72 horas) y el tiempo que el organismo necesite para recuperar su homeos-

tasis; sin embargo, la estabilización del paciente puede tardar en conseguirse. En ocasiones ello puede deberse a daños orgánicos funcionales derivados de la propia adicción o de patologías concomitantes (la mayoría de las veces ocasionadas por las prácticas de consumo), incrementando la percepción de estrés. En otros casos, la estabilización puede demostrarse por déficits severos en las competencias efectivas y en la aptitud funcional de los pacientes. Estos déficits suelen ser la consecuencia de factores históricos relacionados con la propia historia de adicción, bien por patologías severas que hubieran podido limitar los aprendizajes (Turner, 2003), bien por eventos traumáticos, como las experiencias en la infancia de malos tratos o de abusos sexuales (Hyman, Paliwal y Sinha, 2007b; Liao, Tang, Liu, *et al.*, 2011; Sinha, 2009;), o bien por una combinación de varios de los factores mencionados.

Los procedimientos terapéuticos en la fase de desintoxicación deben estar basados en una exploración previa de las competencias de afrontamiento de los sujetos ante los efectos que la privación de la sustancia puede ocasionar y el nivel de aptitud funcional en el que dichas competencias van a interactuar. Las técnicas empleadas van a depender de dicha exploración. Cuanto menor sea el nivel competencial de la persona y su aptitud funcional esté regulada por contingencias situacionales no instrumentales, mayor necesidad de apoyo farmacológico para reducir efectos de la privación, pudiendo llegar a la valoración de utilizar procedimientos en régimen de ingreso.

La sintomatología de abstinencia que presente el sujeto debe ser uno de los factores a tener en cuenta para decidir el tratamiento de desintoxicación más oportuno, pero no solo, ya que competencias relacionadas con el autocontrol respecto a la elicitación de la respuesta de deseo de consumo ante situaciones estímulares condicionadas (tanto por control de estímulos evitando exponerse a situaciones de riesgo, como la emisión de conductas incompatibles) o el recurso de búsqueda de apoyo social pueden tener un peso importante en esa decisión. Se debe considerar además, que la historia interconductual puede ser determinante en algunos casos para establecer un pronóstico desfavorable a la intervención. También los estilos de respuesta o factores de personalidad pueden influir en la disponibilidad de las competencias efectivas necesarias y el resultado esperado del tratamiento.

3ª) Mantenimiento de la abstinencia: Intervención para la prevención de recaídas

La última fase de intervención terapéutica se centra en mantener la abstinencia o el consumo controlado (conducta ejemplar) como alternativa a la conducta de consumo que ha originado los problemas objeto del tratamiento (conducta problemática). El objetivo es evitar las recaídas.

La prevención de recaídas ha sido definida por Marlatt (1993), como un programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los individuos a anticipar y a afrontar los problemas de la recaída en el cambio de conductas adictivas (En Graña y García-Álvarez, 1994). Basándose en un modelo conductual, de cambio, Marlatt y Gordon (1985), consideraron las adicciones a sustancias como un hábito adquirido que puede eliminarse y/o modificarse aplicando los principios del aprendizaje clásico, operante y social. La recuperación la planteaban como una tarea de aprendizaje en la que el paciente adicto debe asumir un papel activo y responsable para alcanzar el autocontrol.

Luengo, Romero y Gómez-Fraguela (2001), resumen los trabajos de Marlatt y sus colaboradores sobre los patrones de recaída en el consumo tras un periodo de abstinencia, al evaluar la eficacia de diferentes formas de procedimiento de condicionamiento aversivo en el tratamiento del alcoholismo. Según los autores, los resultados de dichos estudios no fueron favorables a este tipo de tratamiento y las conclusiones apuntaban a que el mantenimiento de la abstinencia parecía más probable si el paciente era capaz de dar una respuesta incompatible con el consumo en las situaciones asociadas a él. Después de categorizar posibles situaciones elicitadoras de las recaídas, las sometieron a diversos estudios experimentales concluyendo que situaciones que provocan ansiedad social y la presión de grupo o el modelado pueden afectar al consumo de alcohol en los bebedores sociales. Estudios posteriores sobre el entrenamiento en habilidades de afrontamiento de las situaciones de riesgo mostraban diferencias significativas entre grupo experimental y grupo control en cuanto a la dosis de alcohol consumida, el tiempo de embriaguez y la duración del periodo de consumo antes de retomar la abstinencia.

Estados emocionales negativos o positivos, estados fisiológicos negativos, intentos de control del consumo, deseos intensos de consumir, problemas en las relaciones interperso-

nales o la presión social para el consumo fueron factores identificados como situaciones de riesgo para las recaídas. En esas contingencias situacionales el paciente puede emitir respuestas efectivas para afrontar la situación y reducir el riesgo de consumo y de recaída. Si lo consigue, incrementa su percepción de control y sus expectativas de autoeficacia. A medida que el periodo de abstinencia o de consumo no problemático se prolonga en el tiempo, el paciente aumenta su capacidad de afrontar otras situaciones de riesgo y la probabilidad de recaída sigue disminuyendo. Por el contrario, cuando la respuesta no es efectiva (un episodio de consumo) bien por la no discriminación de señales de riesgo, por la falta de las habilidades necesarias o bien por el miedo o la ansiedad que le produce la situación, puede que se produzca una disminución de su percepción de autoeficacia y ausencia de control de la situación, aumentando el riesgo de recaída. En este proceso denominado *efecto de violación de la abstinencia* (Marlatt y Gordon, 1985), están implicados factores como la disonancia cognitiva o incongruencia entre las creencias y la conducta efectiva (Festinger, 1964) y las atribuciones personales teniendo en cuenta el lugar de control (interno/externo), la estabilidad (estable/inestable) y la especificidad situacional (global/específico) (Teoría de la atribución, Abramson, Garber y Seligman, 1980; Weiner, 1974).

Para evitar las recaídas Marlatt y Gordon (1986), proponen un entrenamiento que incluye:

- ✓ la discriminación de situaciones de riesgo,
- ✓ el afrontamiento y autorregulación de respuestas emocionales
- ✓ la adquisición o perfeccionamiento de competencias para la solución de problemas y toma de decisiones.

Todo ello con el propósito de incrementar en la persona su capacidad de control sobre la situación facilitando una mayor percepción de eficacia personal (autoeficacia) y seguridad en sí mismo (autoestima), (García-González, 1993).

La discriminación de situaciones de riesgo supone un aprendizaje operante en función de las consecuencias que con mayor o menor probabilidad van a derivarse al realizar una conducta. Exige el establecimiento de una relación funcional entre la conducta y las contingencias presentes, situacionales; teniendo en cuenta los factores históricos disposicionales

(historia de aprendizaje, estilos de respuesta). Requiere además la capacidad de trascender la situación del momento y anticipar posibles contingencias futuras ante la emisión de un tipo de comportamiento u otro.

El afrontamiento efectivo de la situación de riesgo precisa de la eficacia en el control emocional y de la concentración de la acción en el análisis de la situación y la toma de decisiones. Para la persona puede suponer un tipo de interacción estresante, con fuerte incremento de la activación (*arousal*), no necesariamente 'percibido como efecto desagradable, sino que también puede deberse a sensaciones altamente excitantes y placenteras. El control emocional puede ser entrenado mediante procedimientos de exposición con prevención de respuesta, habiendo sido implantadas estrategias de control de la ansiedad por adquisición de respuestas incompatibles, como la relajación, o la distracción.

La adquisición o perfeccionamiento de competencias que faciliten un afrontamiento efectivo de la situación suelen entrenarse mediante ensayos conductuales y modelado con *feed-back* de las habilidades consideradas efectivas en las interacciones sociales: *El Entrenamiento en Habilidades Sociales* (Argyle y Kendon, 1967; Liberman, 1993. En Gil-Rodríguez y García-Saiz, 1993), comprende un conjunto de conductas aprendidas y manifestadas en situaciones de interacción social, en función del contexto socio-cultural y la situación particular en que tienen lugar. En líneas generales se trata de habilidades de comunicación, de resolución de problemas interpersonales y de autoafirmación en ámbitos sociales diversos, desde el entorno familiar más próximo, al núcleo de relación social con iguales o al ámbito laboral. Para su implantación se utilizan principalmente técnicas operantes de manejo de contingencias (modelado, moldeado, ensayo conductual, retroalimentación y refuerzo positivo, etc.), apoyadas clínicamente por técnicas respondientes de exposición a estímulos con entrenamiento en control de la ansiedad si fuera necesario y/o técnicas cognitivas (autoinstrucciones, autocontrol, etc...). Pueden estar relacionadas con una mayor probabilidad de ajuste social, cuando las relaciones interpersonales entrenadas son sustancialmente diferentes a las aprendidas en la historia interconductual vinculada al consumo de drogas, favoreciendo lo que se ha venido identificando como un cambio en el estilo de vida.

Si analizamos el proceso de entrenamiento para la prevención de recaídas desde el modelo psicológico de salud bajo un enfoque interconductual (Ribes, 1990/2008), estas competencias efectivas presentes en la interacción deben realizarse al menos, con un nivel de aptitud funcional *extrasituacional*, ya que el individuo requiere:

- Inhibir la respuesta de consumo anticipando las consecuencias aversivas en el caso de efectuar el consumo : *Reaccionar en ausencia de la situación como si se estuviera en ella*
- Regular las respuestas emocionales frente a la posible reactividad del organismo: *Reaccionar en una situación como si no se estuviese en ella*
- Desplegar habilidades que puedan producir un cambio en la situación y reducir el riesgo de consumo: *Reaccionar en una situación X con las interacciones instrumentales efectivas de la situación Y*

La motivación para cambiar, el afrontamiento efectivo del estrés y la adquisición de competencias efectivas pueden ser factores psicológicos de importancia para la interrupción del consumo y para la prevención de recaídas a corto plazo, ejerciendo un control sobre la situación presente de riesgo de consumo. Pero también, o sobre todo, pueden serlo para el mantenimiento prolongado y continuado de la abstinencia (consumo no problemático o consumo controlado), al facilitar la emisión de comportamientos sociales adaptativos a contextos no vinculados con el consumo de drogas: lo que en otros términos más generales se denomina "*cambio de estilo de vida*". Este cambio supone el logro de objetivos en el ámbito del funcionamiento social (relaciones interpersonales, actividades de ocio, ocupacionales, formativas o laborales, etc.) y supone el acuerdo y el ajuste a un nuevo marco normativo con criterios valorativos en su mayoría incompatibles con los mantenidos a lo largo del proceso de adicción, lo que podría considerarse un cambio en las creencias y los valores sobre el consumo de drogas, equivalente a un nivel competencial *transituacional* desde el enfoque del modelo de Ribes (1990/2008).

Haciendo un breve resumen de lo expuesto:

En el marco global de los modelos conductuales, se han identificado diversos factores psicológicos relacionados con la salud y las drogodependencias y se han comentado procedimientos terapéuticos relacionados con el cambio de dichos factores. Lo que desde otros

enfoques metodológicos es contemplado como técnicas aisladas, para la psicología guarda una coherencia lógica con los paradigmas y las metodologías propias de esta disciplina. Siendo aceptable y deseable la evidencia empírica que consolida las intervenciones psicológicas en el ámbito de la salud y de las drogodependencias, se considera pertinente una reformulación de las mismas en términos *conductuales* y no *bioconductuales* por un lado, pero además también se ve la necesidad de unificar o integrar los diversos paradigmas analizados, sin excluir ninguna de las aportaciones significativas, al menos hasta que haya suficiente evidencia empírica que avale diferencialmente a unos procedimientos más que a otros.

6.3 Modelo de cambio en la retirada de metadona al finalizar un tratamiento sustitutivo de mantenimiento

Desde modelos conductuales la planificación de la retirada de metadona cuando los pacientes han permanecido un tiempo suficiente en un programa de mantenimiento puede abordarse con la misma metodología que la expuesta hasta ahora. Pero el procedimiento necesita de una intervención planificada desde los primeros momentos de iniciar el TMM.

Los tratamientos de mantenimiento con metadona empiezan con la inducción progresiva de dosis de metadona hasta lograr una dosis óptima que sature los receptores opiáceos e impida que se desencadene el síndrome de abstinencia a opiáceos (SAO), al interrumpir el consumo de heroína. En esta primera fase de la intervención, las expectativas de los pacientes normalmente están relacionadas con la ausencia de esta sintomatología y suelen cubrirse en la gran mayoría de los casos. Para la interrupción del consumo problemático no se requieren competencias efectivas de alto nivel funcional; basta con las competencias situacionales no instrumentales que faciliten el ajuste de los pacientes a las condiciones del tratamiento, el seguimiento de instrucciones y otros comportamientos relacionados con la adhesión terapéutica. Un buen funcionamiento de los servicios de prescripción y dispensación de metadona junto con una buena accesibilidad a los mismos y el establecimiento de relaciones terapéuticas facilitadoras de los primeros cambios, podría ser suficiente para lograr los objetivos de estabilización inicial al TMM.

A partir de este momento, más o menos un mes después de iniciado el tratamiento, sería necesario planificar una intervención dirigida a promover los cambios necesarios en los hábitos de autocuidado de los sujetos con el fin de mejorar su estado general de salud y reducir riesgos de afrontamientos problemáticos ante situaciones que puedan generar estrés, como podría ser la alteración del sueño o de la conducta alimentaria. Las estrategias motivacionales junto al entrenamiento en el control de la ansiedad durante los primeros meses de abstinencia a heroína y la regulación del sueño podrían reducir el riesgo de medicación ansiolítica temprana; y el cuidado de su aspecto y forma física, además de favorecer una cierta activación conductual, posibilitarían la mejora de las relaciones interpersonales. Con ello se les estaría dando la oportunidad de operar cambios sobre su salud a través de su propia conducta, implantando competencias de autocontrol y favoreciendo la percepción de autoeficacia al tiempo que van consiguiendo poco a poco una mejor calidad de vida. Al estar contemplando conductas a un nivel competencial situacional instrumental, cabe la utilización de cualquier tipo de estrategia de modificación de conducta basada en el condicionamiento operante y el empleo de técnicas de relajación y desensibilización sistemática para reducir las respuestas de ansiedad ante situaciones que deben empezar a ser identificadas como situaciones de riesgo frente a nuevos consumos.

Y es que el inicio (o reinicio) de consumos de otras sustancias puede suponer el principal obstáculo para el progreso del TMM hacia objetivos de cambio. Si se producen estos comportamientos de riesgo y no se consigue sustituirlos por las conductas de prevención con resultados de abstinencia en plazos breves de tiempo, puede ocurrir que las intervenciones terapéuticas en el TMM no puedan ir más allá de los cuidados paliativos. Está suficientemente demostrado en la literatura científica especializada que el consumo de cocaína puede complicar el tratamiento de la adicción a opiáceos al incrementar la probabilidad de abandono y de las recaídas (Broers *et al.*, 2000; Downey *et al.*, 2000; Dolan *et al.*, 2001; Gossop *et al.*, 2002. En Leri, Tremblay, Sorge y Stewart, 2004). Especialmente supone un problema en los pacientes que están sometidos a un tratamiento de mantenimiento con metadona, al estar también asociada a otras conductas de riesgo frente al contagio del VIH, como mayor frecuencia en compartir jeringuillas, o de relaciones sexuales sin protección (Torrens, 2006). En nuestra experiencia clínica también se relaciona, cada vez más, con el uso de la vía

inhalada consumiendo “base”, vía que está asociada a un mayor potencial adictivo y alteraciones graves del comportamiento. El mantenimiento de la abstinencia a cocaína, simultáneamente al de heroína y el control sobre otros posibles consumos (cánnabis, alcohol...), supone un verdadero reto terapéutico en la fase de mantenimiento de los programas sustitutos. Es posible que las intervenciones psicológicas deban programarse con mayor frecuencia, junto con una oportuna atención social que pueda ir creando las condiciones más favorables y las redes de apoyo social necesarias para el proceso de reinserción.

Si se supera esta fase con éxito, se puede facilitar el incremento de la capacidad del paciente tanto para afrontar situaciones de riesgo de consumo, como para adquirir habilidades que favorezcan el cambio en el estilo de vida, al tiempo que aprende a mejorar su estado general de salud. El entrenamiento en autocontrol y la creación de condiciones sociofamiliares, ocupacionales, laborales, etc., que den la oportunidad de ensayar conductas y obtener logros significativos, ofrecen la posibilidad de aumentar también la percepción de autoeficacia y consolidar los cambios efectuados.

Es en este punto cuando la pertinencia de la retirada de metadona podría ser valorada y programar la desintoxicación de un modo similar a intervenciones de interrupción de consumo de sustancias al inicio de un tratamiento cualquiera, ya que el abandono del opiáceo que es la metadona supone también una situación de deprivación con probables alteraciones en el organismo que el paciente debe saber afrontar.

El proceso lógicamente tiene características particulares, ya que se trata de proceder a una desintoxicación después de un periodo prolongado de tratamiento y requiere la adopción de criterios de pertinencia e indicadores de pronóstico específicos que deberán ser objetivamente explícitos.

Al contemplar esta tarea desde un modelo de cambio, deben tenerse en cuenta factores conductuales, además de los puramente farmacológicos, sin menospreciar los avances que en este sentido pueda proporcionar la investigación bio-médica. La identificación de los factores psicológicos implicados en este proceso, su evaluación y los procedimientos terapéuticos utilizables para conseguir un resultado efectivo son motivo de interés clínico y pueden contribuir a mejorar todavía más la calidad de vida de los pacientes en TMM.

La motivación de los pacientes para dar ese paso también parece ser el punto de partida de la intervención. Las estrategias motivacionales de Miller y Rolnick (1999) son aplicables oportunamente y necesitan de una relación terapeuta-paciente bien establecida. Eso significa que estos pacientes deben haber mantenido un contacto frecuente y regular con todos los servicios asistenciales puestos a su disposición que hayan ido facilitando el logro de objetivos terapéuticos globales, en lo sanitario y en lo social. Pero además, la adherencia con el tratamiento o el compromiso con el propio cambio, en términos de Hayes (1994), ha tenido que consolidarse durante los años de permanencia en TMM. Esto es evaluable en función del seguimiento de prescripciones de fármacos, el seguimiento de pautas de reinserción, la realización de controles toxicológicos, la abstinencia a drogas, la adquisición de hábitos de salud, la reducción o eliminación de conductas de riesgo frente a enfermedades infectocontagiosas o los procesos de ajuste a criterios de funcionamiento social distanciados de la cultura de las drogas. Motivación, adhesión terapéutica y ajuste a criterios normativos socialmente adaptativos supondrían las condiciones de partida para abordar objetivos más exigentes, como la retirada de metadona y son factores conductuales vinculados a la situación de tratamiento que durante unos años han seguido los pacientes y por lo tanto, objetivos de cambio desde su inicio, para lo que se han tenido que emplear procedimientos, estrategias y técnicas de modificación de conducta adaptadas a la situación y características particulares de cada individuo.

La reducción gradual de dosis de metadona, por sí misma o combinada con otros tratamientos farmacológicos prescritos para aliviar la sintomatología de abstinencia o la sustitución de la metadona por otros agonistas opiáceos en las últimas fases de la desintoxicación, probablemente pueda requerir de los pacientes estrategias personales de afrontamiento que serán tanto más efectivas cuanto más tempranamente se hayan entrenado y ensayado en el TMM. En cualquier caso, los procedimientos de desintoxicación de metadona suelen ser lo suficientemente largos como para introducir o consolidar el entrenamiento en técnicas de afrontamiento durante el tiempo de retirada.

La prevención de recaídas constituirá una intervención imprescindible de cara al mantenimiento de la abstinencia, a opiáceos y a otras drogas, a largo plazo. La aplicación de las estrategias competenciales basadas en el autocontrol y la mejora de las aptitudes funcio-

nales en el ejercicio de esta o cualquier otra competencia, a niveles extrasituacionales de funcionalidad, será tanto más exitosa cuanto antes se haya empezado a implantar; aún así, las condiciones generales de los pacientes una vez que consolidan la desintoxicación, pueden ser sustancialmente diferentes a las habituales durante las fases de mantenimiento y el riesgo de recaída puede verse incrementado durante varios meses. En este tiempo, el seguimiento terapéutico supervisando la abstinencia, mejorando las competencias, creando redes de apoyo social e interviniendo oportunamente en las crisis si se produjeran, puede reducir progresivamente el riesgo de recaídas. Comprobar empíricamente la viabilidad de las intervenciones así planificadas a lo largo de los tratamientos de mantenimiento y en su posible fase final al retirar la metadona, es el interés del estudio que presentamos.

7. VARIABLES VINCULADAS A LOS TRATAMIENTOS DE MANTENIMIENTO CON METADONA

En relación a los tratamientos de mantenimiento con metadona, se consideró de interés realizar una revisión epidemiológica de las posibles variables que definen, tanto las características de las personas tratadas como los procedimientos utilizados a lo largo del proceso terapéutico y al final del mismo, en el caso de que se lleve a cabo la retirada del fármaco sustitutivo. En este sentido se revisaron informes y estudios previos con población drogodependiente sobre variables sociodemográficas, clínicas, competenciales, de consumo, del tipo de tratamiento y del proceso de retirada de metadona. La información consultada se expone a continuación:

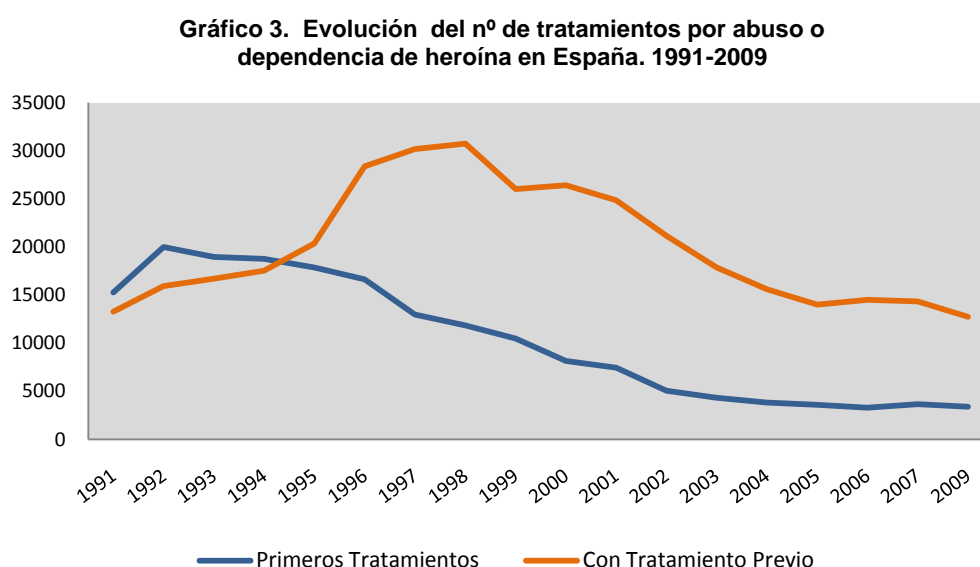
Las variables relativas a datos demográficos y sociales junto con el grupo de variables clínicas ofrecen información sobre las características de la muestra de los participantes en el estudio y permiten observar semejanzas o diferencias con las muestras de otros estudios empíricos en la misma población de referencia. Los pacientes con tratamiento de metadona en los programas sustitutivos de los centros de atención a drogodependientes suelen conformar una muestra homogénea. Responden a un tipo de casuística que persiste desde hace más de una década sin importantes modificaciones, con excepción de la vía de administración, donde se ha apreciado una reducción muy significativa en el uso de la vía parenteral.

7.1 Sociodemográficas

Sexo, edad, estado civil, núcleo de convivencia, alojamiento principal, nivel de estudios, situación laboral, nivel socioeconómico, situación legal actual

Los pacientes de TMM son en su mayoría hombres. Estudios recientes a nivel nacional con población de similares características informan entre un 70% (Domeque, Prieto, Nerín de la Puerta *et al.*, 2010) y un 95% de pacientes de sexo masculino (Fernández-Sobrino, Fernández-Rodríguez y López-Castro, 2009). El promedio de edad se encuentra entre los 42 (Fernández-Sobrino *et al.*, 2009) y los 28 años (Fernández-Miranda, González, Saiz, *et al.*, 2001). Aproximadamente el 50% tiene pareja (García-Cabeza y González-Rodríguez,

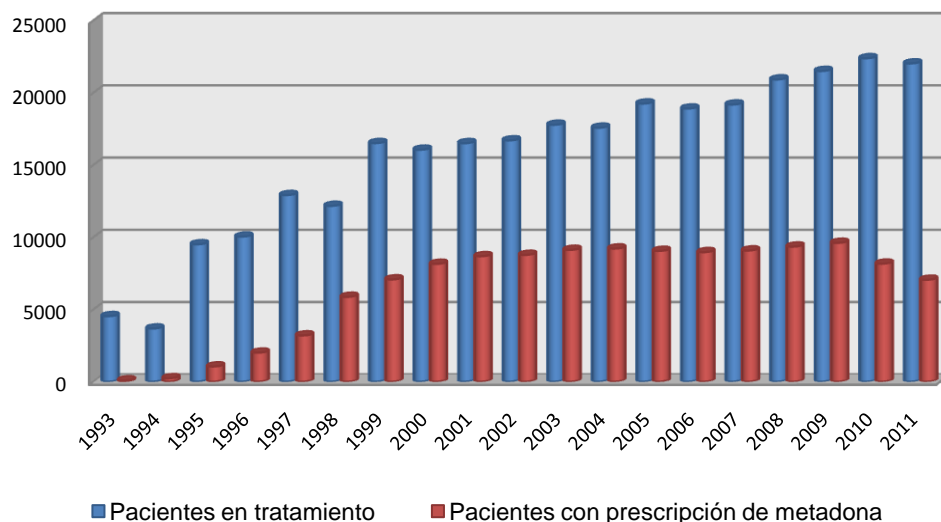
2003) y entre el 90% y el 70% (Girón y Martínez-Delgado, 1998), convive en un núcleo familiar. Cuentan con estudios secundarios entre un 41% (Carreras y Carrobles, 2004) y un 70% (Castaños, Cernuda y Del Pino, 2006). La mayoría no presenta incidencias legales actuales: un 53% en el estudio de Ladero, Orejudo y Carrobles (2010) y un 70% en el de Carreras y Carrobles (2004).



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED), 2011. Indicador *Tratamiento*

Son muy pocos los casos nuevos que inician tratamiento sustitutivo con metadona, aunque este es un dato difícil de cuantificar a nivel nacional ya que los informes anuales del Plan Nacional sobre Drogas no aportan cifras diferenciales en este indicador (*primeros tratamientos*) según el tipo de tratamiento recibido (convencional o sustitutivo), aunque sí respecto a la droga principal que motiva el tratamiento, la heroína en este caso

Ambos indicadores apoyan la consideración de un volumen de pacientes con poca movilidad en los tratamientos sustitutivos: ingresan pocos casos nuevos, pero al mismo tiempo se producen pocas salidas, de ahí la homogeneidad en las variables sociodemográficas a la que nos hemos referido.

Grafico 4. Pacientes en Centros de Atención de Drogodependencias de la Comunidad de Madrid

Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Memoria 2011. Indicador *Prescripción de Metadona*. Incluye centros de la Comunidad de Madrid y de la Ciudad de Madrid.

Fuen-
te:

Según el Observatorio Español sobre Drogas correspondiente a los datos de 2009 (Delegación del Gobierno Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD); Observatorio Español sobre Drogas (OED), 2011), el número de pacientes que demandan tratamiento por dependencia de heroína ha disminuido en la última década y está estabilizado desde aproximadamente el año 2003.

La Agencia Antidroga de la Comunidad Autónoma de Madrid sí informa de pacientes con dependencia a heroína que reciben tratamiento con metadona. Según datos obtenidos de la Memoria de 2011, este perfil de pacientes tuvo un incremento gradual en los años 90 para estabilizarse después a partir del año 2000. En los dos últimos años se ha observado una ligera reducción del número y también del porcentaje respecto al total de pacientes tratados (Agencia Antidroga (AGAD), 2011).

7.2 Clínicas

Patologías biomédicas, toma de medicación, consumo de psicofármacos, adicción a benzodiazepinas. Estados afectivos: trastornos de ansiedad, depresión y estrés percibido; alteraciones del sueño y la alimentación.

Las variables estudiadas desde el punto de vista clínico están relacionadas con el tipo de patologías biomédicas y trastornos psicológicos con mayor prevalencia en la población de referencia. La dificultad para el análisis de estas variables radica en que existe mucha evidencia empírica sobre las principales patologías biomédicas, pero no ocurre lo mismo con los trastornos psicológicos cuyo diagnóstico está basado en criterios todavía no homologados.

7.2.1 Patologías Biomédicas:

Los Informes epidemiológicos, europeos y nacionales, sobre comorbilidad en población drogodependiente y específicamente en pacientes adictos a la heroína, coinciden en señalar la infección por VIH y a las hepatitis virales como las principales patologías asociadas al uso de drogas, principalmente por vía parenteral (Observatorio Europeo para las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) 2007,2009; DGPNSD; OED, 2009). La Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid también incluye el indicador de la tuberculosis (TBC) y enfermedades de transmisión sexual, ambos con bastante menor prevalencia en población drogodependiente que los anteriores (Agencia Antidroga, 2007).

➤ Infección por VIH - SIDA.

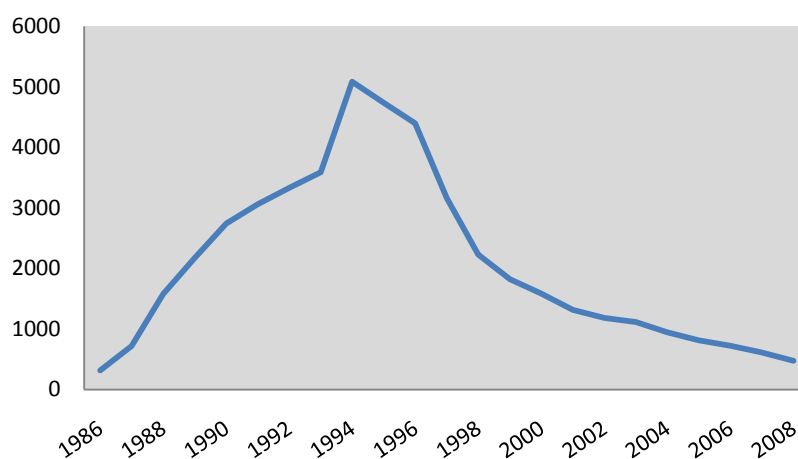
El Informe de la OED del año 2009 describe la situación en los últimos 20 años, a lo largo de los cuales el sida y la infección por VIH han formado parte de los principales problemas de salud asociados al uso de drogas en España y de forma particular al consumo de heroína.

Desde 1981, año de inicio de la epidemia, hasta el 31 diciembre de 2008 se habían notificado un total de 77.231 casos de sida, de los cuales el 61,6% correspondía a la categoría de transmisión por inyección de drogas. En 2007 se estima que se diagnosticaron 1.527

casos, el 39,9% de los cuales se atribuyeron al consumo inyectado de drogas. Y en 2008 las cifras estimadas eran 1.283 y 37,0%, respectivamente.

La proporción de casos de sida atribuibles al consumo inyectado de drogas ha disminuido en los años más recientes después del pico registrado en 1994 (69,7%) a la vez que se ha incrementado la proporción de casos en la categoría de transmisión sexual.

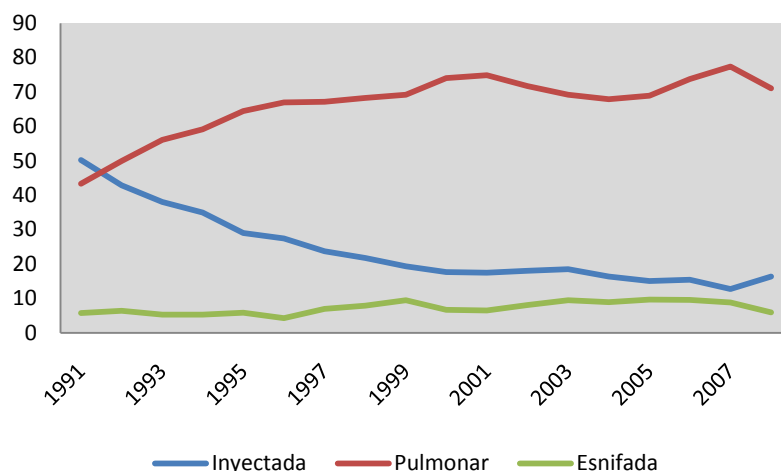
Gráfico 5. Evolución de diagnósticos de SIDA asociados al uso inyectado de drogas (número). España 1986-2008



Fuente: Registro Nacional de SIDA. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009

También ha disminuido el número absoluto de nuevos casos de sida diagnosticados cuya adquisición es atribuible al consumo inyectado de drogas.

**Gráfico 6. Porcentaje vía de administración de heroína.
España 1991-2009**



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2011. Indicador Tratamiento

Este descenso puede ser consecuencia de varios factores que han influido en la evolución de la epidemia en los últimos años, entre ellos cabe destacar la elevada disponibilidad de tratamientos de mantenimiento con metadona y el acusado descenso del uso de la vía inyectada para el consumo de heroína.

Entre los inyectores de heroína captados en 2001-2003 por el *Proyecto Itínere*, (estudio de cohortes en Madrid, Sevilla y Barcelona en consumidores de heroína de 30 años o menos) (De la Fuente, Brugal, Ballesta, *et al.*, 2005), las prevalencias de infección por VIH fueron :

- ✓ 20,8% en Barcelona,
- ✓ 22,2% en Sevilla y
- ✓ 34,9% en Madrid,

Con importantes descensos entre 1995 y 2001-2003 en Barcelona y Sevilla, pero no en Madrid. Esta diferente situación y evolución de las tres ciudades podría relacionarse con el retraso de la implantación en Madrid de los tratamientos de mantenimiento con metadona. La prevalencia entre los consumidores de heroína que no se inyectan fue 4,0%, sin diferencias entre las ciudades, y ser mujer se asoció fuertemente con la infección en este grupo.

Según la Encuesta Estatal a Personas Admitidas a Tratamiento por Heroína o Cocaína, 2003-2004 (Ramírez, Llorens, Bravo, *et al.*, 2007), un 91,2% de los inyectores de drogas admitidos a tratamiento en esos años se había realizado la prueba de VIH alguna vez en la vida y un 29,4% eran VIH positivos.

El Informe 2009 del Observatorio Español de Drogodependencias (DGPNSD. OED, 2009), da cifras de prevalencia de infección por VIH de 7,8% entre el total de admitidos a tratamiento en España en 2007 y el 16,5% de los consumidores de heroína, pero los porcentajes de pacientes que no se han hecho análisis o de resultado desconocido es muy alta: el 47,7% para el primer caso y un 33,4% en el segundo.

El dato de seropositividad en 2007 entre el total de los sujetos que recibían tratamiento en la red de dispositivos asistenciales de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid es de un 20% (Agencia Antidroga, 2007).

➤ Hepatitis Virales.

Mientras la infección por VIH está teniendo una evolución positiva, aumenta de forma alarmante la prevalencia de infección por los virus B ó C de la hepatitis entre las personas que se inyectan drogas.

El informe 2009 del Observatorio Español de Drogodependencias (DGPNSD. OED, 2009), indica que la prevalencia de infección por el virus de la hepatitis B (VHB) es generalmente más elevada entre los inyectores de drogas o entre consumidores intensos de drogas por otras vías que en la población general. Según el *Proyecto Itínere* (De la Fuente *et al.*, 2005), las prevalencias de infección en 2001-2003 en inyectores jóvenes de las ciudades de Madrid, Barcelona y Sevilla variaba entre 20% y 35%, y en no inyectores que consumían heroína entre 4,4% y 8,9%. La prevalencia de pacientes con marcadores positivos a VHB en los dispositivos asistenciales de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid era de un 30% en 2007 (Agencia Antidroga, 2007).

La prevalencia de infección por el virus de la hepatitis C (VHC), es muy elevada entre los inyectores de drogas de todo el mundo y España no es una excepción. En España están infectados entre el 65% y el 90% de los inyectores, dependiendo del área geográfica y la proce-

dencia de la muestra estudiada. Los datos de *Itínere* (De la Fuente *et al.*, 2005), muestran que la incidencia de VHC entre los jóvenes inyectores es extremadamente alta (34,8/100 persona-año; CI 95%: 26-46/100). Una tasa de incidencia tan elevada es consistente con la estabilización de la epidemia de infección por VHC en los niveles de prevalencia mencionados. En los centros de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, la infección por VHC alcanza al 38% de los pacientes en tratamiento en 2007 (Agencia Antidroga, 2007).

El problema de la infección por el VHC es objeto de preocupación pues, además de estar muy extendida entre los inyectores de drogas, no existe vacuna ni parece previsible que la haya en un futuro cercano, dadas la estructura y biología de este virus, por lo que debe ponerse todo el énfasis posible en la prevención. Se trata de una infección que no suele presentar síntomas en su fase aguda por lo que en un 66%-80% no se diagnostica. Además, evoluciona con mucha frecuencia (55%-85%) a hepatitis crónica, que a menudo se desarrolla también con poca sintomatología. El problema principal es que al menos un 5%-10% de las hepatitis crónicas evolucionan a enfermedad hepática grave como cirrosis o cáncer de hígado y conducen a una muerte prematura.

Tabla 8. Resumen de prevalencias de las principales patologías infecciosas en consumidores de drogas. 2001-2007

	ITINERE			E. ESTATAL		OED		AGAD
	2001-2003			2003-2004		2007		2007
	Barcelona	Sevilla	Madrid	España		España		Madrid
	Inyectores jóvenes (< 30)			Consum. heroína	Inyect. heroína	Pacientes en tto.	Inyect. heroína	Pacientes. en tto.
VIH	20,8%	22,2%	34,9%	19,3%	27,9%	7.8%	16,5%	20%
VHB	20% - 35%							30%
VHC	Alta Incidencia						65% - 90%	38%

Fuentes: *Proyecto Itínere*. Ministerio de Sanidad y Consumo. España, 2006.
Encuesta Estatal 2003-2004. DGPNSD. Ministerio de Sanidad y Consumo. España, 2007
DGPNSD. Observatorio Español de Drogodependencias (OED). Informe 2009
Agencia Antidroga (AGAD). Observatorio de Drogodependencias. Indicadores de consumo problemático de drogas en la Comunidad de Madrid. Madrid: 2007

La transmisión del VHC por el uso compartido del material de inyección se produce en forma similar a otros patógenos de transmisión sanguínea, sin embargo se calcula que es diez veces más infeccioso que el VIH. Ello explica que en todo el mundo las tasas de infección entre los jóvenes que se inyectan son cuatro o cinco veces más elevadas que las del VIH, y que sea la infección por VHC la que primero se adquiere. Además, otro aspecto a tener en cuenta es el alto nivel de coinfección por el VIH y el VHC.

➤ Tuberculosis.

La tuberculosis (TBC), es la infección de mayor prevalencia en el mundo, produciéndose anualmente 8 millones de casos y 3 millones de muertes. Afecta sobre todo a los países en vías de desarrollo, pero también a países desarrollados, en relación con problemas sociales diversos, infección por VIH o insuficiencia de recursos destinados a su control (Redondo, Caylá, Díaz, *et al.*, 1997).

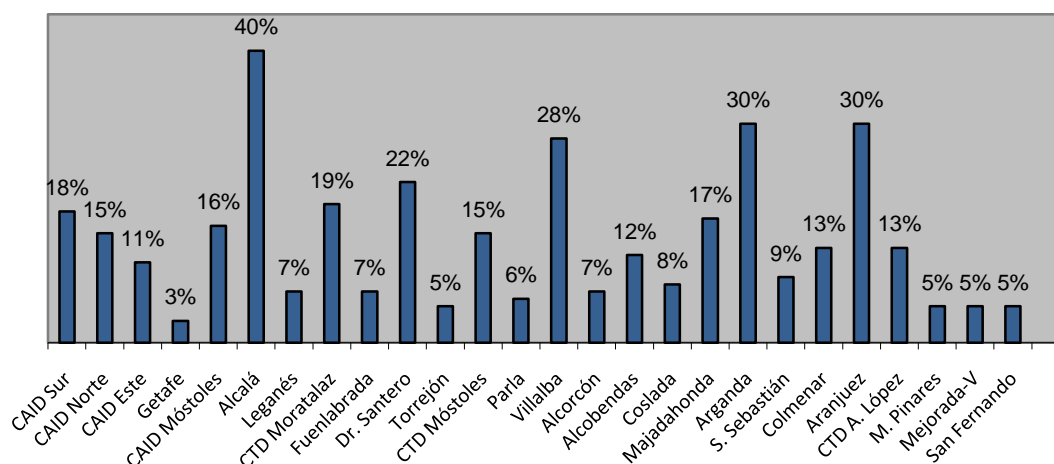
Es especialmente frecuente en inyectores de drogas. Se estima que la incidencia de tuberculosis en los pacientes con infección por VIH es unas 100 veces mayor que en el resto de la población. (Terán, Álvarez, Sánchez, *et al.*, 2005). En el mismo sentido Santesmases, Tor y Muga (2006), consideran que la infección por el VIH constituye un factor predisponente para desarrollar tuberculosis activa, ya sea por reactivación de una infección latente o por incapacidad del sistema inmunitario para controlar una infección primaria.

Uno de los problemas sanitarios más graves asociados a la infección tuberculosa es el de la aparición de resistencias a los fármacos de primera línea, ligado frecuentemente a tratamientos anteriores mal realizados y a la infección por VIH, condiciones ambas muy relacionadas con pacientes drogodependientes.

7.2.2 Estados Afectivos y Trastornos Psicológicos

Los informes epidemiológicos europeos y estatales (OEDT y OED) no incluyen datos sobre estados afectivos, trastornos psicológicos ni patologías psiquiátricas en cuanto a comorbilidad en pacientes admitidos a tratamiento.

**Grafico 7. Porcentaje de Pacientes diagnosticados con Patología Dual
CAIDs Agencia Antidroga - 2006**



Fuente: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Memoria 2006. Indicador: *Patología Dual*

El indicador *Patología Dual* que recoge la Memoria de la Agencia Antidroga de 2006 (AGAD, 2006) informa de una media del 19% de pacientes en tratamiento que presenta algún tipo de psicopatología, sin especificar sus características. Se observa, no obstante, una notoria variabilidad en el diagnóstico de psicopatología concomitante con el de drogodependencia realizado por los profesionales al total de pacientes en tratamiento en los CAID de la Comunidad de Madrid. El dato en la Memoria de 2011 es del 15,7% de patología dual en pacientes tratados en centros de la Agencia Antidroga y del 22% si se consideran todos los centros públicos de atención a drogodependientes de la Comunidad de Madrid (AGAD, 2011).

Resultados distintos presenta Roncero (2009), en su revisión sobre psicopatología en población drogodependiente para el *Estudio Proteus* en España, situando entre un 44% y un 93% los dependientes de opiáceos con patología dual y atribuyendo esta variabilidad a la diferencia de poblaciones estudiadas (sesgos locales, muestras no homogéneas, tipo de tratamiento recibido, agonista opiáceo utilizado, instrumentos de evaluación, etc.).

En una revisión sobre el tema a nivel internacional (Fernández Miranda *et al.*, 2008), las cifras de prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes en tratamiento con metadona oscilan entre el 44% y el 80%, dependiendo de los estudios consultados. Para los autores las

diferencias pueden explicarse por las distintas metodologías empleadas y por factores como el momento de la entrevista, el instrumento utilizado, el contexto en el que se valora a los pacientes, etc. Ellos mismos informan de un estudio en España realizado en 189 pacientes (Astals *et al.*, 2008) de los cuales el 44% presentaba o había presentado algún trastorno psiquiátrico en los Ejes I y II, siendo los más frecuentes los trastornos del estado de ánimo (18%), ansiedad (15%) y los trastornos de personalidad (15%). A mayor distancia se encontraban los trastornos psicóticos con un 5%.

Para Torrens y colaboradores (2006), el problema principal que se plantea en pacientes drogodependientes es la dificultad de identificar de forma fiable y válida la presencia de un trastorno psiquiátrico concomitante. Mencionan dos problemas fundamentales. Por un lado, el hecho de que los efectos agudos y crónicos de las drogas simulan síntomas de muchos de los trastornos mentales, dificultando la diferenciación entre síntomas psicopatológicos de los efectos agudos del consumo o de la abstinencia de la sustancia y aquellos propios de un trastorno psiquiátrico independiente. Por otro lado, los trastornos psiquiátricos son para estos autores, más “síndromes” (patrones de síntomas con algunas pruebas de validez clínica) que “enfermedades” con una fisiopatología conocida y unos marcadores biológicos claros.

El interés por este tipo de problemas tiene relación tanto con el modelo teórico que fundamenta el presente trabajo de investigación como con la experiencia clínica y con diversas aportaciones empíricas que refieren parte de esta casuística en la sintomatología de abstinencia de opiáceos, incluido el síndrome de abstinencia característico de las desintoxicaciones de metadona, cuestión central en el estudio realizado, entre otras:

- ✓ El Manual de Clasificación Diagnóstica DSM-IV-TR de la *American Psychiatric Association* (APA) (2002), incluye el humor disfórico y el insomnio, como posibles síntomas de abstinencia a opiáceos.
- ✓ La Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en su Informe sobre la Heroína (DGPNSD, 2009), recoge la ansiedad, inquietud e irritabilidad y el deseo de droga (*craving*) entre la sintomatología de abstinencia trans-

curridas las 6-8 primeras horas desde el último episodio de consumo, y la astenia y el insomnio después de 16-24 horas.

- ✓ Casas, Roncero, Duro, *et al.* (2001), contemplan la influencia de factores de afrontamiento del paciente en el *síndrome de abstinencia agudo*, tales como la ansiedad anticipatoria ante la aparición del SAO, el grado de tolerancia al estrés y las expectativas de recibir, a corto plazo, una nueva dosis de opiáceo.
- ✓ Marset (2006), describe la sintomatología del síndrome de abstinencia a opiáceos con los síntomas *de disforia, ansiedad, insomnio, irritabilidad y agitación*, entre otros. Afirma de igual modo que pueden aparecer en la práctica clínica brotes psicóticos en las fases finales de los tratamientos de desintoxicación.
- ✓ Martínez Delgado *et al.* (2005), advierten que pueden aparecer síntomas psicóticos (delirios y/o alucinaciones) en programas de desintoxicación o en programas de tratamiento con metadona durante el periodo de reducción de dosis.
- ✓ Álvarez y Farré (2005), establecen un curso temporal en la aparición de síntomas del SAO en el que la ansiedad, la irritabilidad, y el insomnio están presentes desde las primeras horas y se mantienen con incremento de su intensidad hasta el final. La anorexia puede aparecer tras las 8 ó 12 horas de haber interrumpido el consumo.
- ✓ Guisado, Vaz y Alarcón (2002), analizan la relación entre la conducta alimentaria y el consumo de drogas. En su estudio señalan la influencia de cada una de las sustancias de abuso en la conducta alimentaria de las personas y también los efectos de la restricción dietética en la probabilidad de iniciar o incrementar el consumo de ciertas drogas. Los agonistas opiáceos para estos autores podrían inducir la ingesta de comidas ricas en lípidos y dulces. Las conclusiones más importantes de su trabajo les llevan a pensar en la existencia de una relación entre el constructo analizado de *males-tar psicológico* y los síntomas de descontrol alimentario (evitación de alimentos, fluctuaciones de peso, atracones de comida, etc.). Desde el punto de vista de los autores, los opiáceos y la cocaína son las sustancias que más descontrol alimentario provocan. Otros estudios (Díaz Marsá, 2006; Fernández-Corres, Lalaguna, Rodríguez, *et al.*,

2002) centran sus objetivos en analizar la prevalencia de consumo de drogas en pacientes ya diagnosticados con un trastorno alimentario.

La percepción subjetiva de los pacientes en cuanto a su bienestar o malestar psicológico durante el tratamiento sustitutivo ha sido recogida en un estudio previo (Carreras y Carroble, 2004), en el que el 84% de una muestra de 253 pacientes tratados con metadona afirmaba percibir algún tipo de problema relacionado con los estados afectivos explorados. Otro estudio similar, con una muestra menor (30 personas) realizado por el área de investigación de la Escuela Andaluza de Salud Pública, ofrece datos diferentes: el 33% de los pacientes manifestaban padecer enfermedades psicológicas y/o psiquiátricas, de las cuales un 75% habían sido diagnosticadas por algún profesional (March, Martín-Ruiz, Oviedo-Joekes, *et al.*, 2006). Además del tamaño de la muestra, se aprecia un matiz importante en el indicador (alteraciones o trastornos psicológicos vs. enfermedades psicológicas y/o psiquiátricas) que no hace aconsejable la comparación entre ambas variables; no obstante es relevante el interés por la obtención de este tipo de información y el procedimiento de obtención de datos utilizado (autoinforme, entrevista) en ambos trabajos.

7.2.3 Medicación: tipo y duración de los tratamientos con fármacos.

Los tratamientos farmacológicos que siguen los pacientes en TMM son variables analizadas con un doble interés. Primero por el riesgo a que se produzcan interacciones potencialmente peligrosas, como es el caso de sobredosis. También por el efecto que puedan tener en la adhesión al tratamiento sustitutivo y en el proceso de retirada de la metadona hasta su finalización. Varios estudios informan de ambas cuestiones:

- Moreno, Rojas, Guibert-Rahola, *et al.* (2000), señalan la situación médica particular de los pacientes en tratamiento con metadona y la polimedicación a la que se ven sometidos en muchos casos, creando una mayor vulnerabilidad por diversos motivos:
- ✓ Las interacciones de metadona con distintos fármacos destinados a las patologías infecciosas (VIH, VHB, VHC, TBC), que pueden afectar a la eficacia del fármaco, su toxicidad y el cumplimiento de la pauta terapéutica.

- ✓ Los tratamientos para los trastornos psiquiátricos, que pueden suponer en sí mismos un riesgo de adicción, como es el caso de las benzodiacepinas, aumentando además los efectos depresores de la metadona. También por su capacidad adictiva, susceptibles de ser utilizados al margen del control médico.
- ✓ El empleo de sustancias de abuso no medicamentosas, en particular el alcohol, cuya ingesta aguda puede provocar sedación intensa y depresión respiratoria y el consumo crónico puede producir una metabolización más rápida de la metadona precipitando síntomas de abstinencia no previsibles. También la cocaína, con efectos potenciadores de la analgesia de opiáceos por una parte y con mayores efectos reforzantes propios en los pacientes tratados con metadona.
- Fernández-Miranda y Pereiro (2007); Fernández-Miranda, Arias, Castillo, *et al.* (2008), consideran que las interacciones farmacológicas son múltiples y no están muy bien estudiadas. Establecen varias categorías entre los fármacos prescritos con mayor frecuencia en esta población:
 - ✓ Fármacos opiáceos (contraindicados) que pueden precipitar la abstinencia (antagonistas opiáceos y algunos analgésicos).
 - ✓ Fármacos y sustancias de abuso que pueden disminuir las concentraciones plasmáticas o los efectos de la metadona y pueden precipitar la abstinencia (barbitúricos; algunos anticonvulsivantes, diuréticos, antidepresivos, corticoides; cocaína, alcohol y heroína).
 - ✓ Fármacos que pueden incrementar las concentraciones plasmáticas o los efectos de la metadona y aumentar la sedación y otros efectos opiáceos (antidepresivos [ISRS]; algunas benzodiacepinas; interdictores del alcohol; sustancias de abuso [alcohol]).
 - ✓ Fármacos cuya farmacocinética puede modificarse con la metadona y además puede precipitar la aparición de efectos inesperados (antidepresivos tricíclicos; algunos anti-retrovirales; todas las benzodiacepinas; interferón [tratamiento del VHC]; algunos antihistamínicos; algunos antihipertensivos).

Los autores sugieren prestar atención especial a las interacciones de otros fármacos con la metadona en los pacientes con VIH/SIDA, ya que se puede producir cierta disminución de la tolerancia durante los periodos de enfermedad y puede darse el caso de sobredosis en caso de pérdida de memoria asociada al deterioro cognitivo en fases avanzadas de la infección.

También consideran de especial interés la prescripción de benzodiacepinas por el potencial riesgo de dependencia, en coincidencia con muchos otros autores con estudios del momento o posteriores, que recomiendan especial cuidado en las prescripciones de estos fármacos durante las desintoxicaciones de heroína y también en la retirada progresiva de metadona (Bramness y Kornor, 2007; Brands, Blake, Marsch, *et al.*, 2008; Carreras y Carrobbles, 2004; Chen, Berger, Forde, *et al.*, 2011 Peles, Schreiber y Adelson, 2005; Torrens, 1998), limitando los tiempos de administración, recomendando la utilización de las benzodiacepinas de vida media larga y evitando las de vida media corta, más potentes.

- La Comisión Clínica en su Informe sobre la Heroína (DGPNSD, 2009), advierte además que entre los consumidores de heroína es frecuente el consumo extra-terapéutico de benzodiacepinas para reducir la ansiedad y los síntomas de abstinencia. Los pacientes en terapia de mantenimiento de metadona también las utilizan para obtener sensación de intoxicación o para “colocarse”. A dosis elevadas producen efectos agradables y euforia pero la combinación de opiáceos con benzodiacepinas puede provocar un aumento desproporcionado de los efectos sedantes, afecta gravemente el rendimiento psicomotor y la depresión respiratoria es mucho mayor. La gravedad de la intoxicación aguda se incrementa.
- En el estudio anterior de Carreras y Carrobbles (2004), se observó que la prevalencia de consumo de benzodiacepinas en pacientes con tratamiento de metadona en los CAID de la Comunidad de Madrid, era del 53%, de los cuales el 33% las consumía sin haber sido prescritas por un facultativo; y entre los que seguían un tratamiento médico, el 34% no tenía en cuenta la pauta prescrita. Los motivos para su consumo eran en primer lugar el insomnio, seguido de ansiedad, depresión, alivio del deseo de consumo (*craving*) e irritabilidad.

En el estudio se analizaban indicadores de riesgo de adicción a estas sustancias, con resultados que informaban de un uso arriesgado por parte de los participantes:

Gráfico 8. Prevalencia del consumo de benzodiacepinas en pacientes con tratamiento de metadona; N=253 (Carreras y Carrobles, 2004).

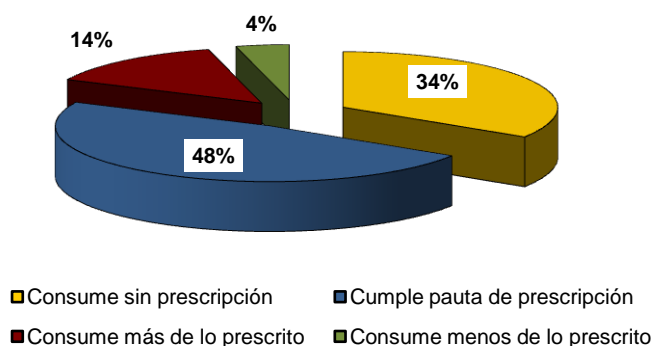
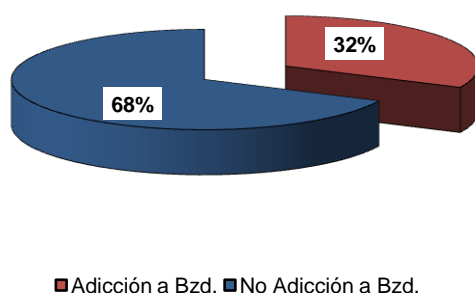


Gráfico 9. Adicción a benzodiacepinas en pacientes en tratamiento con metadona; N= 133 (Carreras y Carrobles, 2004).



- Un 35% mantenía un consumo superior 50 mg/día, considerado un indicador de alto riesgo.
- El 67% tenía preferencia por las bzd. de vida media corta o ultracorta (potencialmente más adictivas).

- Un 95% consumía además otras sustancias psicoactivas (sobre todo alcohol).
- El 74% presentaba trastornos de conducta añadidos a los que habían motivado el consumo de los sedantes.

El diagnóstico de dependencia a benzodiacepinas evaluado indicaba un problema de adicción en un 32% de los consumidores de estos fármacos.

7.3 Repertorios Competenciales

Autoestima, autoeficacia, optimismo, habilidades sociales, lugar de control, afrontamiento-emoción, afrontamiento-tarea, afrontamiento-apoyo-social, autocontrol.

Los repertorios competenciales evaluados se han considerado pertinentes por su posible relación con la necesaria capacidad adquirida por los pacientes durante el tratamiento para superar el proceso de desintoxicación a metadona y mantener la abstinencia post-tratamiento, es decir con la prevención de recaídas.

La prevención de recaídas en el ámbito de las adicciones exige en primer lugar la identificación de las situaciones de riesgo. En un estudio clásico de Cummings, Gordon y Marlatt (1980), sobre situaciones de alto riesgo en las drogodependencias, las personas con dependencia de heroína aparecen expuestas prácticamente por igual a situaciones de riesgo de recaída relacionadas tanto con factores *intrapersonales* (45%), como con factores *interpersonales* (55%). Entre los primeros los autores incluyen el deseo de consumo o *craving*, estados físicos negativos, alteración de estados emocionales (negativos y positivos) y la exposición a estímulos asociados con el consumo. Entre las variables interpersonales aparece como la más relevante la presión social, seguida de las situaciones de conflicto con otras personas y estados emocionales positivos. Tras la identificación de las situaciones de riesgo, los pacientes deben ser capaces de poner en práctica determinadas habilidades de afrontamiento: evitación de la situación o exposición con suficiente control de la ansiedad, búsqueda de apoyo social, resolución de problemas y toma de decisiones, etc. Graña Gómez y García Álvarez (1994), relacionan las recaídas con un déficit en habilidades de afrontamiento ante situaciones estresantes, algunas de ellas basadas en acontecimientos vitales que se producen en el entorno de la persona. Por último, el paciente debe ser capaz de realizar una valoración sobre las expectativas o los efectos de ceder ante la posibilidad de consumo o por el contrario, de continuar manteniendo la abstinencia, lo que se traduce en una percepción de la propia eficacia sobre su habilidad de superar el riesgo y controlar la situación (Bandura, 1977, 1986). Las atribuciones sobre la causalidad de los acontecimientos (lugar de control) cuando la persona los percibe en relación con su propio comportamiento, incrementan la

autoeficacia percibida y el sentimiento de seguridad. Algunos trabajos sobre estas variables consideran la autoeficacia adquirida durante el tratamiento para la drogodependencia como un buen predictor de sus resultados (Goldbeck, Myatt y Aitchison, 1997; Reilly, Sees, Shophire, *et al.*, 1995). Otros sin embargo no confirman estos datos cuando se controlan otras variables (Demmel y Rist, 2005; Chicharro, 2005).

Varios estudios realizados en España durante los últimos años han buscado la relación entre las variables estudiadas y el consumo de drogas. Los resultados han dado relaciones significativas del consumo de drogas con *autocontrol* y *asertividad* (López Torrecilla, Peralta, *et al.*, 2003); con *autoeficacia* (Lopez-Torrecilla, Bulas, León, *et al.*, 2005; Chicharro, Pedrero y Pérez-López, 2007); y con *autoconcepto* (Martínez-Lorca y Alonso, 2003).

La relevancia de estas variables en personas que siguen un tratamiento con metadona queda reflejada en el trabajo de Arce, Díaz y Justo (2003), donde se concluye que estos pacientes en comparación con otros que siguen otro tipo de tratamientos:

- Tienen una percepción más negativa de sí mismos
- Disponen de menos redes de apoyo social
- Tienen un menor grado de autosatisfacción
- Son más vulnerables a desajustes comportamentales y afectivos y poseen una menor capacidad de afrontar estos desajustes.

Secades y Fernández-Hermida (2001), hacen una revisión de los trabajos publicados sobre prevención de recaídas en pacientes que han seguido un tratamiento para la dependencia de heroína (metadona en la mayoría de los casos), en los que se describen intervenciones de entrenamiento en habilidades de afrontamiento basadas en la terapia cognitivo-conductual. Los resultados obtenidos son mejores que las intervenciones donde los pacientes sólo recibían consejo médico además del fármaco sustitutivo (Woody, Luborsky, McLellan, *et al.*, 1983; Woody, McLellan, Luborsky, *et al.*, 1987). Sin embargo los autores reconocen la dificultad de establecer la valoración de la eficacia de estas intervenciones debido a la escasez de estudios bien controlados y a la dispersión y heterogeneidad de los componentes empleados en las intervenciones cognitivo-conductuales.

7.4 Consumo de Sustancias

Heroína, Cocaína, Alcohol, Cánnabis

El consumo de sustancias de abuso puede influir en la efectividad del tratamiento con metadona, directamente debido a posibles interacciones de la sustancia o sustancias consumidas con la metadona; o de modo indirecto disminuyendo la adhesión terapéutica. En ambos casos podría tener efecto sobre el resultado de la retirada del fármaco en un proceso de desintoxicación.

El Informe sobre Heroína elaborado por la Comisión Clínica (DGPNSD, 2009), recoge los siguientes efectos del uso combinado de opiáceos y otras sustancias de abuso.

Tabla 9. Efectos del uso combinado de sustancias

OPIÁCEOS	
Alcohol	La administración conjunta de alcohol y un opiáceo produce un aumento de los efectos sedantes de ambas sustancias y la afectación del rendimiento psicomotor. Puede aumentar la depresión respiratoria del opiáceo y por ello, la gravedad de la intoxicación aguda se incrementa.
Cocaína	La mezcla de ambas sustancias produce efectos de euforia y bienestar superiores a los de las dos drogas por separado. El opiáceo puede antagonizar la excitación inducida por la cocaína y la cocaína la sedación inducida por el opiáceo. Los efectos de la cocaína son mayores en pacientes con tratamiento de metadona, por lo que es una combinación especialmente frecuente en estas personas.
Cánnabis	Los opiáceos y los cannabinoides presentan tolerancia cruzada a los efectos sedantes y su combinación resulta en un aumento de la sedación.
Anfetaminas	En combinación con morfina incrementan sus efectos analgésicos y reducen la sedación. También producen mayor sensación de euforia y contrarrestan algunos efectos físicos de ambos compuestos. La mezcla tiene un mayor potencial de abuso que las dos sustancias por separado.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español de Drogodependencias. (2009). Informe Heroína

En la revisión realizada por Batllé y Guardia en 2009, el consumo de una o más drogas, aparte de la heroína, antes de iniciar el tratamiento con metadona alcanza al 60% y se estima que durante el mismo, el consumo persiste entre un 20 y un 70% de los pacientes.

Para estos autores el policonsumo de sustancias como las benzodiacepinas, la cocaína y el alcohol, principalmente, supone un problema con graves consecuencias y los pacientes que lo sufren obtienen peores resultados en el tratamiento sustitutivo que aquellos que únicamente presentan adicción de opiáceos.

Los motivos que llevan a los pacientes a realizar estos consumos están relacionados con el alivio de estados de ansiedad o depresión, el insomnio, o para potenciar los efectos de otras sustancias (Batllé y Guardia, 2009; Carreras y Carrobles, 2004).

El policonsumo en pacientes heroinómanos se suele encontrar en dos situaciones (Martínez Delgado *et al.*, 2005):

- Pacientes que al inicio de un tratamiento por consumo de heroína ya presentan consumos concomitantes con patrones de abuso o dependencia, fundamentalmente de alcohol, benzodiacepinas y cocaína, además del tabaco
- Pacientes ya en tratamiento con metadona que durante el mismo evidencian dependencias anteriores o desarrollan nuevos patrones de abuso o dependencia, sobre todo de cocaína y alcohol.

Tabla 10. Prevalencia de consumo de otras drogas entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de Heroína

	2003	2004	2007	2009
Cocaína	71,9%	76,7%	64,4%	60,4%
Cánnabis	35,8%	35,8%	42,5%	44,8%
Alcohol	25,1%	25,5%	32,6%	34,0%
Hipnosedantes	19,8%	20,9%	19,8%	19,1%
Estimulantes	2,8%	3,3%	3,4%	2,9%

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informes Nº 6. (2003), 2004, 2007 y 2009

La Tabla 10 muestra la prevalencia de consumo entre heroinómanos en los 30 días previos al ingreso en tratamiento, según los cuatro últimos informes del Observatorio Español sobre Drogas.

Otros estudios con población en tratamiento con metadona presentan prevalencias de consumo algo más bajas al inicio del tratamiento, según diagnóstico de abuso o dependencia (Puigdollers, Domingo-Salvany, Brugal, *et al.*, 2004).

En el trabajo ya mencionado sobre adicción a benzodicepinas (Carreras y Carrobles, 2004), en pacientes con tratamiento de metadona de los CAID de la Comunidad de Madrid, el alcohol era la sustancia más consumida durante el tratamiento (73,5%), seguida por el cánnabis (54%), la cocaína (39%) y los hipnosedantes no prescritos (33%).

Tabla 11. Prevalencia del consumo de otras drogas al inicio de un tratamiento con metadona

	Abuso	Dependencia
Cocaína	3,7%	32,8%
Cánnabis	16,4%	3,7%
Alcohol	2,1%	7,4%
Hipnosedantes	3,7%	17,9%

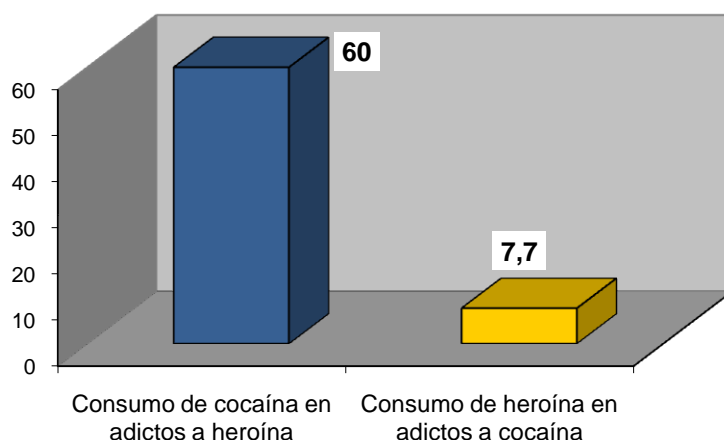
Fuente. Puigdollers et al. (2004)

Revisiones de otros estudios con esta misma población dan cifras que oscilan entre el 20 y el 50% de prevalencia de consumo de alcohol durante el tratamiento con metadona, señalando que el patrón de consumo previo al ingreso tiende a mantenerse (Srivastava, Meldon y Ross, 2008) y relacionándolo con el consumo de benzodicepinas (Correa, Abad, Hernández, *et al.*, 2008).

El consumo de cocaína muestra una alta prevalencia en población que sigue un tratamiento con metadona (Batlle y Guardia, 2009; Leri, Bruneau y Stewart, 2003). Se ha sugerido que se utiliza la cocaína para precipitar sensaciones que la metadona no produce y después se consume heroína para reducir la disforia cocaínica (Iraurgi, Aizpurua, Pinilla, *et al.*, 2002). Estos autores especificaron que en los tratamientos sustitutivos con metadona, un 46% de los pacientes había consumido cocaína en alguna ocasión; un 21% con frecuencia elevada, y un 11% de forma habitual.

El consumo simultáneo de heroína y cocaína se produce en mucha mayor medida entre pacientes admitidos a tratamiento por dependencia de heroína que en pacientes admitidos a tratamiento por consumo de cocaína (DGPNSD. OED, 2009).

Gráfico 10. Porcentajes de consumo combinado heroína - cocaína. 2009



Fuente: DGPNSD. OED
Informe 2009

La combinación heroína-cocaína es frecuente en pacientes con tratamiento de metadona y conlleva graves consecuencias médicas y sociales (Bux *et al*, 1995; Grella *et al*, 1995, 1997; Hausser *et al*, 1999; Hunt *et al*, 1984; Joe and Simpson, 1995; Kosten *et al*, 1986, 1987, 1988; Kreek, 1992; Leri *et al*, 2004; Rower *et al*; Shutz *et al*, 1994; Strug *et al*, 1985; Torrens *et al*, 1991. En Leri, Tremblay, Sorge, *et al.*, 2004).

El consumo combinado de ambas sustancias incrementa la frecuencia de uso de la vía parenteral y la mayor probabilidad de contraer infecciones, genera un riesgo elevado para el abandono del tratamiento y peor adherencia a los tratamientos farmacológicos (Batlle y Guardia, 2009). También se considera que constituyen un subgrupo de pacientes con mayor gravedad clínica (Torrens, 2008). Bajo un TMM, el consumo de cocaína aumentaría el riesgo de recaída en heroína (Stitzer y Chutuape, 1999), (Broers *et al*, 2000; Dolan *et al*, 2001; Downey *et al*, 2000; Gossop *et al*, 2002. En Leri *et al.*, 2004).

En un estudio con animales, Leri y cols. (2004), sugieren que aunque el mantenimiento con metadona no reduzca la estimulación directa de los efectos de la cocaína, puede reducir la recaída de ambas sustancias inducida por estimulación asociada, aunque no la recaída inducida por estrés.

7.5 Tipo de Tratamiento Sustitutivo

Edad de inicio en el consumo de heroína, años de consumo de heroína, tratamientos anteriores, permanencia en el TMM, adherencia al tratamiento sustitutivo, dosis media de metadona administrada, valoración subjetiva de la dosis, lugar de dispensación, frecuencia de recogida, frecuencia de controles toxicológicos de orina, servicios ofertados en el TMM, frecuencia de utilización de los servicios ofertados, nivel de satisfacción con los servicios utilizados, percepción subjetiva de la efectividad del TMM.

Aunque el término *tratamiento sustitutivo* es muy amplio y aplicable a cualquier tratamiento para las drogodependencias en el que se utilicen fármacos agonistas, su uso en clínica está identificado con la intervención en pacientes con dependencia de opiáceos, principalmente heroína y de forma mayoritaria con la sustitución de esta droga por el clorhidrato de metadona en su forma de presentación líquida (solución o jarabe). Existen otros agonistas, incluyendo la misma heroína dispensada en el contexto de un programa sustitutivo (François, Marset, Mino, *et al.*, 2003; Marset, 2005) y la buprenorfina, defendida para su utilización clínica por cada vez mayor número de especialistas (Álvarez, González-Saiz, Meana, *et al.*, 2005; Szerman, Bobes y Pérez de los Cobos, 2009). También se comercializan otros preparados de metadona como el *metasedín* (cápsulas, comprimidos).

En la Comunidad de Madrid y en la red de dispositivos asistenciales de la Agencia Antidroga, el fármaco agonista aprobado e implantado para la sustitución de la heroína en los pacientes diagnosticados con dependencia a opiáceos es la metadona, en su preparación líquida de clorhidrato.

Partiendo de esta elección, se dan una serie de características definitorias y diferenciadoras de los tratamientos en cuanto al desarrollo y los procedimientos de intervención y relacionadas con su efectividad. La revisión de trabajos empíricos cuyos objetivos están relacionados con los tratamientos de metadona, permiten categorizar sus principales características en las siguientes variables (Martínez-Delgado *et al.*, 2005; Pérez de los Cobos, Fidel, Escuder, *et al.*, 2005; March *et al.*, 2006); (Castillo, 2009; Queraltó, 2009; Torrens y Fonseca, 2009; Tremoleda, 2009; En: Colom y Duro, 2009).

Tabla 12. Variables relativas al tipo de tratamiento sustitutivo

CATEGORÍAS	VARIABLES	CARACTERÍSTICAS
Fármaco	<i>Agonistas opiáceos</i>	Clorhidrato de metadona. Preparado: solución /jarabe
Dosificación	<i>Dosis de inducción</i> <i>Dosis media</i>	20-40 mg/día 60-100 mg/día
Dispensación	<i>Supervisión</i> <i>Frecuencia</i> <i>Persona</i> <i>Lugar</i> <i>Requisitos</i>	Obligatoria al inicio Mínimo bisemanal Preferentemente el paciente Dispositivo asistencial Resultados CTO; actividad laboral
Dispositivo	<i>Accesibilidad al centro</i> <i>Horarios adaptados</i>	Proximidad al domicilio Ausencia de masificación y entornos estigmatizantes Adecuación a entornos laborales
Duración	<i>Permanencia en tratamiento</i>	Mínimo, 2 años. Máximo no determinado Posibilidad de mantenimiento indefinido
Equipo	<i>Número y diversidad de profesionales</i>	Titulación Preparación Coordinación Proximidad al paciente
Servicios	<i>Utilización</i>	Cantidad: número de servicios ofertados Calidad de los servicios: atención individualizada
Satisfacción	<i>Servicios</i> <i>Efectividad</i>	Percepción subjetiva de los pacientes en cuanto a la cantidad y calidad de la atención y los resultados del tratamiento

- La dosis inicial debe caracterizarse por ser una dosis confortable, con la que no aparezcan síntomas de abstinencia. No debe superar los 20-40 mg/día, aumentando de 5-10 mg/día y sin pasar de 20 mg. a la semana hasta conseguir la dosis óptima. Habitualmente la dosis de estabilización se sitúa entre los 50 y los 120 mg/día, aunque hay pacientes que se pueden mantener con dosis más bajas y otros que necesitan dosis superiores (Torrens, 2009).
- El clorhidrato de metadona debe tomarse diariamente. La dispensación del fármaco desde el dispositivo asistencial puede estar prevista para la toma presencial o en casa (*take home*). Esto requiere establecer unos criterios sobre la frecuencia y las condiciones de

dispensación o recogida de la metadona respecto a la persona y el lugar acordados. El *take home* está muy bien valorado por los pacientes y se asocia a la retención en los tratamientos, pero se recomienda supeditarlos a resultados negativos en los controles de opiáceos en orina y también de otras sustancias (cocaína) que puedan afectar a la efectividad del tratamiento o que supongan un riesgo de desvío de la metadona al mercado ilegal.

- La frecuencia de controles toxicológicos de orina dependerá de la sustancia o sustancias que interese determinar en cada paciente y en un momento determinado del tratamiento, según los objetivos terapéuticos establecidos. Como pauta general, no se considera necesaria más de una determinación cada tres días.
- La intensidad del tratamiento viene establecida por la cantidad de servicios ofertados. Es ampliamente aceptado que la exclusiva dispensación de la metadona no constituye un tratamiento efectivo para la mayoría de los pacientes. Los principales servicios asociados a la dispensación son en primer lugar, los servicios médicos orientados también a la reducción de daños, pero además la oferta de psicoterapia, psicoeducación y consejo psicológico, los programas de inserción laboral y social y la terapia familiar.
- En cuanto a la calidad de la atención se prioriza la individualización de los servicios en función de las necesidades o problemas detectados y el desarrollo de un proceso terapéutico personalizado. Se aconseja también la utilización de los servicios comunitarios, no específicos, siempre que ello sea posible con el propósito de normalizar las intervenciones.
- Por lo general se recomienda contar con un equipo multidisciplinar y estable con la titulación y la preparación pertinentes, que pueda acceder a una formación continuada y que trabaje de forma coordinada. El equipo básico estaría compuesto por profesionales de la medicina y enfermería, la psicología y el trabajo social.
- El tiempo mínimo recomendable de permanencia en un tratamiento con metadona es de dos años. La duración máxima no parece estar establecida, de hecho la opción de un mantenimiento indefinido es considerada válida en pacientes que han conseguido un

grado satisfactorio de estabilización. Se han realizado estudios de seguimiento sobre el tiempo de permanencia en tratamiento (Girón y Martínez-Delgado, 1999), concluyendo que es una variable predictora de la evolución de los pacientes, situando una permanencia mínima de 100 días para tratamientos convencionales y de 300 en los programas sustitutivos con metadona. El tiempo de permanencia también es una variable predictora, según el mismo estudio, de las incidencias legales actuales, el consumo reciente de psicofármacos y la inserción laboral, observando una evolución más favorable cuanto mayor tiempo de permanencia en tratamiento.

- Los servicios ofertados por el equipo asistencial y otros factores relacionados son valorados en cuanto al nivel de satisfacción de los usuarios. Aunque los indicadores sobre satisfacción han sido estudiados desde hace años a nivel internacional (Ball, Graff y Sheehan, 1974; Fischer, Chin, Kuo, *et al.*, 2002; Hunt y Rosenbaum, 1998; Koester, Anderson y Hoffer, 1999; McLellan, Woody, Luborsky, *et al.*, 1988; Neale, 1998;), en España todavía hay pocos tratamientos de metadona que evalúen el grado de satisfacción de los pacientes; sin embargo el interés es creciente entre los investigadores al relacionar cada vez más este tipo de variables con los resultados del tratamiento (Bilbao *et al.*, 2009; Forcada, Santos y González-Monte, 2006; Forcada, Santos, Zamorano, *et al.*, 2001; March *et al.*, 2006; Perez de los Cobos *et al.*, 2004; Trujols y Pérez de los Cobos, 2005).

7.6 Características del proceso de retirada de metadona

Evaluación previa, origen de la prescripción de retirada, duración de la desintoxicación, dosis inicial, dispositivo, desintoxicación simultánea de otras drogas, procedimiento bio-médico, tratamientos farmacológicos coadyuvantes, clínica del síndrome de abstinencia a opiáceos (SAO), consumo de drogas, intervención psicológica, intervención social, adhesión al tratamiento de desintoxicación . Motivación para la retirada de la metadona.

Los objetivos del estudio exigían conocer con precisión todos aquellos factores que caracterizan la retirada de metadona después de un tratamiento de mantenimiento. La selección de variables a analizar se ha basado en las aportaciones de trabajos anteriores, algunos de hace varios años, en los que parecía abierta una línea de investigación específica; y otros más recientes, en los que se menciona la posibilidad de la desintoxicación como una apostilla a la definición de los tratamientos sustitutivos con metadona y se dan pautas para efectuar el descenso en la dosificación, al menos en el contexto de publicaciones científicas en España.

Tabla 13. Estudios españoles sobre variables del proceso de retirada de metadona después de un TMM

PROCEDIMIENTO DE ELECCIÓN	ESTUDIOS	APLICACIÓN	
		DOSIS INICIAL	REDUCCIÓN
REDUCCIÓN GRADUAL	Martínez-Delgado <i>et al.</i> , 2005	> 80 mg/día 40-80 mg/día < 40 mg/día	10 mg/semana 5 mg/semana 2,5 mg/semana
	Fernández Miranda, 2006; Fernández-Miranda <i>et al.</i> , 2007; 2008	> 100 mg/día < 100 mg/día < 40 mg/día	10% /día 5 mg/quincenal 5 mg/mes
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ESPECÍFICO	García-Cabeza y González-Rodríguez, 2003 Fernández-Miranda <i>et al.</i> , 2007; 2008 Bilbao <i>et al.</i> , 2009	<ul style="list-style-type: none"> - Clonidina - Buprenorfina - Combinación clonidina-naltrexona para desintoxicación rápida en el proceso final 	
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SINTOMÁTICO	Fernández-Miranda <i>et al.</i> , 2007; 2008	ansiolíticos; analgésicos no opiáceos; hipnóticos	

Tabla 14. Otros estudios sobre variables relacionadas con resultados del proceso de retirada de metadona después de un TMM.

OTRAS VARIABLES	ANÁLISIS	REVISIONES Y ESTUDIOS	CONCLUSIONES
<i>Modalidad / Dispositivo</i>	Ambulatorias o en régimen de ingreso	Chutuape <i>et al.</i> , 2001; O'Connor, 2005; Mullen <i>et al.</i> , 2007	Ambulatorias, con opción de hospitalización para dosis inferiores a 40-30 mg/día
<i>Indicación de desintoxicación</i>	Indicación del equipo o a petición propia	Martínez-Delgado <i>et al.</i> , 2005 Fernández-Miranda <i>et al.</i> , 2008	Prescripción técnica Acuerdo con el paciente
<i>Permanencia en TMM</i>	Años de tratamiento continuado	Stimmell <i>et al.</i> , 1977 Fernández-Miranda <i>et al.</i> , 2007 DGPNSD, 2009 Martínez-Delgado, 2005	2 años como mínimo De 2-4 años, óptimo
<i>Evolución dosificación CLH-M</i>	Fluctuación en la dosis media	Fernández Miranda <i>et al.</i> , 2006	Estabilidad mantenida
<i>Trastornos por Uso de Sustancias</i>	Consumo de drogas	Latowsky, 1996/1998 Riordan <i>et al.</i> , 1976 Fernández-Miranda <i>et al.</i> , 2006 Fernández-Miranda <i>et al.</i> , 2007; 2008 Martínez- Delgado, 2005 Chen <i>et al.</i> , 2011	Abstinencia a Alcohol Riesgo de incremento alcohol Abstinencia a heroína Abstinencia a drogas Consumo de Bzd factor de riesgo
<i>Bienestar psicológico</i>	Estado emocional	Martínez-Delgado <i>et al.</i> , 2005 Latowsky, 1996/98	Estrés mínimo Estados afectivos
<i>Competencias</i>	Autoeficacia	Reilly <i>et al.</i> , 1995	Disminuye durante la desintoxicación
<i>Inserción Social</i>	Estilo de vida	Cushman, 1974 Latowsky, 1996/1998 Fernández-Miranda <i>et al.</i> , 2007; 2008	Actividad laboral Núcleo social alejado de la cultura de la droga
<i>Evaluación previa</i>	Médica Psicológica Social	Riordan; 1976 Tennant y Shannon, 1978 Wermuth y Brummet, 1987	Variables sociodemográficas y clínicas. Indicadores de rehabilitación social. Cuestionarios <i>ad hoc</i> .
<i>Intervención psicológica</i>	Individual / Grupal Ocasional / Regular	Milby, 1988	Psicoterapia durante el proceso de retirada
<i>Intervención social</i>	T. Social /Educador Ocasional / Regular	Sorensen <i>et al.</i> , 1988 Rosenbaum, 1991	Establecimiento de redes de apoyo social
<i>Desintoxicación simultánea de otras drogas</i>	Cocaína; Alcohol Cánnabis; Bzd.	Climent Díaz, 2006	Desintoxicaciones sucesivas,
<i>Motivación para la desintoxicación/ Temor.</i>	Componentes Variables asociadas Evaluación y Tratamiento	Latowsky, 1996/1998 Bilbao <i>et al.</i> , 2009 Gentile y Milby, 1992 Milby <i>et al.</i> , 1994 Wermuth <i>et al.</i> , (1987)	Temor al SAO Temor a la recaída Factor de riesgo para Dx Síndrome post-metadona

Los trabajos españoles de los últimos años recogen procedimientos médicos y farmacológicos indicados para la desintoxicación de metadona.

En la *Tabla 14* se exponen sintéticamente estos y otros estudios internacionales. En ellos, además de indicaciones sobre el descenso paulatino en la dosis de metadona como procedimiento preferente o de elección, parece haber suficiente evidencia empírica sobre factores relacionados con las características del paciente y también de la evolución en el tratamiento sustitutivo efectuado.

- La retirada puede efectuarse ambulatoriamente en la mayoría de los casos. Los ingresos hospitalarios requieren reducciones previas hasta los 40 ó 30 mg/día.
- Es aconsejable el acuerdo previo de los profesionales que hayan intervenido en el tratamiento de mantenimiento con metadona y de éstos con el propio paciente, antes de iniciar el proceso de retirada. En ningún caso se debe realizar sin el consentimiento informado del paciente. Si se diera la circunstancia de que un paciente demandara la desintoxicación a petición propia, con las explicaciones y pronósticos pertinentes, debe llevarse a cabo.
- La conveniencia de que el paciente se encuentre estabilizado antes de iniciar la retirada incluye, según los autores, la dosis media de metadona en los meses previos, la estabilidad emocional del paciente, su inserción laboral y un cambio efectivo en el estilo de vida no vinculado a la cultura de las drogas.
- La evaluación previa hace referencia a cualquier procedimiento que facilite criterios y toma de decisiones sobre la conveniencia o no de proceder a la desintoxicación.
- Las intervenciones psicosociales y la desintoxicación de otras sustancias además de la metadona están contempladas en estudios que se refieren a procedimientos de desintoxicación con metadona al inicio de un tratamiento para la dependencia de heroína. Estos procedimientos consisten en suspender el consumo de heroína mediante su sustitución por metadona y a continuación proceder a una retirada de la misma en un plazo breve de tiempo, nunca superior a 3 meses. Fernández-Miranda *et al.* (2008), establece

una clara evidencia de recaídas si no se realiza una intervención psicosocial en desintoxicaciones de opiáceos al inicio de un tratamiento de drogodependencia. Consideramos la previsión aplicable al mismo proceso cuando se realiza al final del tratamiento sustitutivo.

- La desintoxicación de varias drogas a la vez, cuando se da un diagnóstico de policonsumo, debe aplicarse con un criterio consecutivo y no simultáneo de los procedimientos. Para Climent (2006), este tipo de intervenciones debe planificarse a largo plazo y requiere tratamiento psicológico e intervención social; el ingreso hospitalario lo considera necesario en la mayoría de los casos.
- La motivación para la retirada de metadona representa para algunos autores (Bilbao *et al.*, 2009), una de las variables más importantes a tener en cuenta por lo que puede suponer de angustia, preocupación y temor de los pacientes a pasar un síndrome de abstinencia. Al mismo tiempo, la finalización con éxito del TMM supone un aliciente ya que se eliminan algunos inconvenientes que afectan al estilo de vida, como la limitación de la movilidad geográfica en desplazamientos durante los fines de semana o las vacaciones (Latowsky, 1998).

7.7 Resultado del proceso de retirada de metadona

- **Logro de dosis cero/ Interrupción del proceso**
- **Abstinencia/ Recaída post-tratamiento**

Diferentes estudios establecen el éxito de la desintoxicación de metadona en el logro de la dosis cero del fármaco y el mantenimiento de la abstinencia hasta 6, 12 y 24 meses después (Latowsky, 1996/1998).

Martínez-Delgado *et al.* (2005), informa de un porcentaje de éxito en el logro de dosis cero que oscila entre el 28% y el 75% y menos de un 20% en el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo. Para este autor, algunos de los predictores que reducen la probabilidad de recaídas son:

- ✓ Valoración positiva del cambio por parte del equipo terapéutico
- ✓ Permanencia prolongada en TMM
- ✓ Buen estado psicológico al inicio del proceso de la desintoxicación
- ✓ Estabilidad laboral
- ✓ Vida social desvinculada del mundo de la droga

El porcentaje de dosis reducida es para algunos autores (Gossop *et al.*, 2001), el único factor predictivo. Otros consideran la existencia de servicios ampliados durante el tratamiento de mantenimiento con metadona y la atención individualizada en los aspectos emocionales, factores que pueden influir en una mayor probabilidad de éxito en la desintoxicación final (Gentile y Milby, 1992; Kanoff *et al.*, 1993; Milby, 1994). Solo un estudio de los revisados considera factores de buen pronóstico los relacionados con la capacidad conductual de los pacientes, en concreto el nivel de autoeficacia (Reilly *et al.*, 1995).

Estudios norteamericanos anteriores sitúan la tasa de éxito entre el 19 y el 46% en dosis cero y un alto porcentaje de recaídas tanto más cuanto mayor sea el periodo de seguimiento (Des Jarlais, Joseph y Dole, 1981; Simpson, Joe y Bracey, 1982).

Entre las explicaciones plausibles del fracaso y la consecuente interrupción del proceso se encuentra en primer lugar los síntomas atribuibles al síndrome de abstinencia a opiáceos, con algunas diferencias entre el síndrome de heroína y el de metadona.

La sintomatología de abstinencia a metadona puede prolongarse en el tiempo, generando un malestar psicológico continuado que varios autores relacionan con las recaídas post-tratamiento (Gossop, Darke Griffiths *et al.*, 1990; Handelsman y Aronson, 1992; Kanof *et al.*, 1993; Stimmel y Rabin, 1974; Wermuth y Brummett, 1987). Las explicaciones a esta sintomatología por los diferentes autores, dependen en gran medida del modelo sobre las recaídas que se comparta, bien desde la perspectiva biológica (alteraciones endocrinas, neurofisiológicas o genéticas) o bien desde la psicológica (aprendizajes por condicionamiento clásico, operante o social).

La fobia a la desintoxicación descrita por Milby, Hohmann, Gentile, *et al.*, (1994), relacionada bien con el temor a la sintomatología de abstinencia, bien a la posibilidad de fracaso en la reinserción social, es otro factor asociado al bajo éxito de la retirada de metadona.

Algunos autores que han realizado revisiones recientes sobre esta cuestión (Fernández-Miranda *et al.*, 2008), opinan que la disminución lenta de metadona supervisada médicamente y con medicaciones complementarias reduce claramente los síntomas de retirada.

Para estos autores, los factores de mal pronóstico estarían relacionados con:

- ✓ Pacientes de larga evolución
- ✓ Con múltiples fracasos terapéuticos previos
- ✓ Entorno sociofamiliar marginal
- ✓ Patología psiquiátrica grave.

Como se puede apreciar en estas últimas aportaciones, los factores mencionados de mal pronóstico, son fundamentalmente de carácter biomédico con la única excepción de alguna variable sociológica, como el entorno marginal. Las variables asociadas al éxito en la retirada de metadona se relacionan exclusivamente con el procedimiento farmacológico empleado para la desintoxicación: la reducción gradual de dosis combinada con tratamientos farmacológicos dirigidos a reducir la sintomatología de abstinencia.

El estudio que se presenta a continuación surgió del interés clínico por explorar otro tipo de variables que pudieran explicar el resultado obtenido por los pacientes que se sometían a un proceso de retirada de metadona al finalizar el tratamiento sustitutivo. Para ello fue necesario diseñar en primer lugar un procedimiento metodológico que permitiera describir el proceso mismo de desintoxicación del fármaco y la situación de la que partían los pacientes, factores sobre los que existe poca evidencia empírica en población española. El análisis de las variables previas a la intervención para la retirada de metadona incluía variables propias del tratamiento de mantenimiento con metadona y variables de las personas que se sometían a ese tipo de intervención. Entre las variables personales de relevancia para los objetivos del estudio, se incluyeron factores psicológicos tales como los estados afectivos y las competencias presentes en los pacientes en el momento de iniciar la reducción de la dosis de metadona. Ambos factores se consideraron de especial interés para la investigación en el campo de la psicología de la salud y las drogodependencias.

II

ESTUDIO EMPÍRICO

8. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio es el último de una serie de trabajos de investigación sobre los tratamientos de mantenimiento con metadona realizados durante los años de doctorado en el departamento de Psicología Biológica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Madrid. En ellos se exploró la posibilidad de mejorar los resultados de dichos tratamientos en función de las actuaciones de los psicólogos, dentro de los equipos interdisciplinares que los atienden.

A mediados de los años 90, cuando se empezaron a implantar los tratamientos sustitutivos de opiáceos en los centros dependientes del entonces Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad de Madrid, no se contemplaba la intervención psicológica, ni siquiera por parte de los propios psicólogos. La sustitución de la dosis de heroína por la equivalente de clorhidrato de metadona exigía un procedimiento específicamente biomédico y las expectativas sobre la efectividad del tratamiento respecto a la interrupción del consumo problemático de heroína se concentraban en la ausencia del deseo de consumo debido a la saturación de los receptores opiáceos por la sustancia agonista. Se estimaba, no obstante, la pertinencia de intervenciones grupales de entrenamiento en prevención de recaídas, con formato de taller psicoeducativo y una intervención complementaria orientada fundamentalmente a la reinserción social. Primaban sobre todo los objetivos de reducción de daños; eran los años de la expansión de la epidemia del sida y preocupaba el estado de salud de los pacientes, la adhesión a los primeros tratamientos farmacológicos para controlar la enfermedad y los objetivos de reducción de las conductas de riesgo de transmisión de esta infección. El perfil de pacientes admitidos a tratamiento sustitutivo estaba todavía restringido a personas con patologías biológicas graves, o mujeres embarazadas con dependencia a opiáceos. Este primer despliegue de intervenciones terapéuticas con tratamientos de mantenimiento con metadona podría decirse que “creó escuela” y, a pesar de que a finales de la década de los 90 los criterios de inclusión en los TMM se ampliaron a toda persona adulta con adicción a opiáceos, los protocolos estaban ya previamente definidos e instaurados bajo un modelo médico de intervención.

La efectividad de los TMM venía avalada por grandes estudios norteamericanos: el *Drug Abuse Reporting Program of Texas Christian University* (DARP), el *Treatment Outcome Prospective Study* (TOPS) y el *Drug Abuse Treatment Outcome Study* (DATOS) (En Fernández-

Hermida y Secades, 2000) y se desarrollaron importantes líneas de investigación en España, algunas para verificar estos y otros resultados sobre efectividad en los programas que se iban implantando en todas las Comunidades Autónomas (Duro *et al.*, 1995; Rodríguez-Martos, 1994; Sánchez-Pardo, 2000); otras mostrando el logro de objetivos basados en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (Fernández-Miranda *et al.*, 1999; Iraurgi *et al.*, 1999).

Pero también se publicaron estudios que cuestionaban los resultados de los tratamientos prolongados con metadona. A nivel internacional el de mayor repercusión pudo ser el Informe GAO (*United States of America General Accounting Office*, 1990). La principal preocupación se debía a la enorme disparidad en la aplicación de los tratamientos que hacía difícil la comparación de datos y ponía en duda la fiabilidad de los resultados sobre la efectividad. En España, alguno de los problemas que preocupaban entonces respecto a los programas de mantenimiento con metadona estaban relacionados con el consumo de sustancias y de otros fármacos, las benzodiazepinas entre ellos, por el riesgo de interacciones medicamentosas e incluso de sobredosis, por sus efectos sobre la retención en los tratamientos y por asociar dichos consumos con el incremento de conductas de riesgo frente a la infección por VIH (Busto, 2000; Cervera, Bolinches, Valderrama, *et al.*, 1999; Lligoña, 2000; Moreno *et al.*, 2000; Puche, Faus, Soler, *et al.*, 2000; Torrens, 1997).

Al conocimiento adquirido por las revisiones bibliográficas sobre los tratamientos de mantenimiento con metadona se unía la experiencia clínica con los pacientes bajo esa opción terapéutica, a través de la cual se podían observar problemas que parecían comunes, al menos en los centros asistenciales de la Comunidad de Madrid. La retención de estos pacientes no se ponía en duda; tampoco los avances en el control de su estado de salud y el abandono de conductas de riesgo para la transmisión del VIH; pero no se apreciaba una mejora significativa en su calidad de vida y tampoco los objetivos de reinserción se cumplían para la mayoría de los pacientes; los consumos de otras sustancias, en particular de cocaína, aparecían ya con una cierta frecuencia en los resultados de los controles toxicológicos, sin que ello motivara ningún tipo de actuación terapéutica efectiva para evitarlo, y la medicación con benzodiazepinas empezaba a crear unos problemas que no se habían previsto, al generar demandas y usos por parte de los pacientes que no se ajustaban a criterios faculta-

tivos; se empezaba a cuestionar si este tipo de medicación era más un problema que una solución (Lligoña, 2000) y aparecían las primeras reflexiones sobre las intervenciones psicológicas en pacientes tratados con metadona en programas de mantenimiento (Fernández-Hermida y Secades, 2000). Todo ello despertó nuestro interés por explorar posibles factores psicológicos asociados a los problemas mencionados con el fin de trazar líneas de intervención psicológica que pudieran contribuir a mejorar los resultados de los TMM.

El primer trabajo se planificó como un estudio piloto (Carreras y Carrobles, 2001), descriptivo, de diseño transversal, con 30 pacientes del CAID de San Fernando de Henares que seguían un tratamiento de mantenimiento con metadona. Los objetivos de este primer estudio consistieron en conocer la prevalencia del consumo de benzodiacepinas y la presencia de indicadores de riesgo de abuso, evaluar el grado de adicción entre los pacientes consumidores y determinar su estado actual en función de los motivos principales de consumo: ansiedad, depresión e insomnio, así como su nivel de calidad de vida relacionada con la salud. Los resultados indicaron una prevalencia de consumo del 57% (la mitad por prescripción médica) y, entre los consumidores, el problema de adicción afectó entonces a un 26%. Los indicadores de abuso observados fueron el consumo de benzodiacepinas de vida media corta en el 82% de los casos; dosis altas o muy altas en el 36%; tratamientos prolongados (más de un año de duración) en el 49% de los casos; y el consumo concomitante de alcohol y cánnabis en un 80% y de cocaína en el 60% de los casos. El 21% de los participantes presentó trastornos de ansiedad en el momento de la observación, el 16% trastornos de depresión y el 21%, de insomnio. El 37% del total de los pacientes mostró déficits en su calidad de vida relacionada con la salud.

Estos resultados iniciales sirvieron de base para un nuevo proyecto multicéntrico (Carreras y Carrobles, 2004), en 17 centros municipales de atención a drogodependientes de la red asistencial de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. El diseño fue el de un estudio transversal, observacional, descriptivo, y correlacional entre las variables exploradas. El trabajo de investigación realizado se presentó para la obtención del Diploma de Estudios Avanzados en el Programa de Doctorado del Departamento de Psicología Biológica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Madrid. Posteriormente se divulgó en los Encuentros

de Profesionales en Drogodependencias y Adicciones (Carreras, 2005). En 2007 fue publicado por la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid (Carreras, 2007).

Los resultados, obtenidos de una muestra de 253 pacientes en TMM, indicaron una prevalencia de consumo de benzodiacepinas del 53% (el 33% automedicados). Entre los pacientes consumidores de estos fármacos (N= 133), el 32% presentaba problemas de adicción. En la exploración de los indicadores de riesgo de abuso se encontró que el 47% de los pacientes que estaban consumiendo benzodiacepinas lo hacía por encima de la pauta prescrita o sin prescripción médica; un 67% de los casos consumía benzodiacepinas de vida media corta; el 35% lo hacía a dosis críticas (> 50 mg/día); el 66% estaba consumiendo los fármacos por tiempo superior a un año; y el 95% consumía al menos otra sustancia psicoactiva. Un 74% de los participantes en el estudio presentaba otras alteraciones de conducta además de los motivos principales del consumo de benzodiacepinas. En cuanto al estado de los pacientes en el momento de hacer la evaluación, el 43% presentaba trastornos moderados-graves de ansiedad; el 22% de depresión y el 58% de insomnio. La calidad de vida relacionada con la salud sólo se veía afectada de forma importante en el 9% de los casos para la salud física y en el 8% para la salud mental. Los datos confirmaron la tendencia observada en el estudio piloto, a excepción de los relativos a la calidad de vida que resultó menos afectada en esta ocasión. El análisis estadístico realizado para comprobar la asociación entre las variables exploradas mostró una relación estadísticamente significativa entre la adicción a benzodiacepinas y los indicadores de riesgo de abuso de *no adhesión a la pauta* ($p= 0,007$) y *dosis crítica* ($p= 0,005$). El consumo crítico también estaba asociado a trastornos de ansiedad ($p= 0,04$), depresión ($p= 0,009$), insomnio ($p= 0,05$), peor CVR-Salud Física ($p= 0,005$) y peor CVR-Salud Mental ($p= 0,006$). La no adhesión a la pauta estaba relacionado con trastornos de ansiedad ($p= 0,02$). La conclusión sobre los resultados encontrados reflejó una prevalencia importante de adicción a benzodiacepinas (32%) entre los consumidores de ansiolíticos, asociada a un consumo extraterapéutico con dosis elevadas, que afectaba al tipo de problemas origen de la demanda o autoadministración de estos fármacos. Es decir, que los trastornos de ansiedad, depresión e insomnio que probablemente habían motivado el inicio del consumo de benzodiacepinas no habían mejorado, sino que seguían presentando alteraciones

moderadas o graves y que además se había generado un problema de adicción que podía afectar a la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes.

La alteración de los estados afectivos y el recurso farmacológico a los ansiolíticos e hipnóticos, considerando el riesgo de adicción, suponía un reto a las intervenciones psicológicas con planteamientos alternativos a los exclusivamente farmacológicos. Desde hacía ya unos años existía un amplio consenso en considerar los servicios ampliados (psicológicos o psicosociales) en los TMM como determinantes en la efectividad de los resultados (Mino, 1993), pero fue a partir de la publicación de la lista de tratamientos efectivos en drogodependencias del NIDA (1999), cuando aparecieron en nuestro entorno toda una serie de revisiones sobre los tratamientos psicológicos efectivos con evidencia empírica, señalando algunos problemas conceptuales que llevaban a la confusión de paradigmas explicativos y metodologías de intervención de disciplinas afines pero diferentes a la psicología (Fernández-Hermida y Pérez-Álvarez, 2001; Pérez-Álvarez y Fernández-Hermida, 2001; Sánchez-Hervás, 2004; Sánchez-Hervás y Tomas, 2001; Sánchez-Hervás, Tomas y Morales, 2004; Secades y Fernández-Hermida, 2001). También en aquel momento, algunas publicaciones sobre los tratamientos de mantenimiento con metadona estaban ya planteando la opción de objetivos de cambio basados en modelos psicológicos que fueran más ambiciosos que los objetivos paliativos contemplados hasta el momento (Fernández-Miranda, 2005). Por todo ello, nos pareció pertinente diseñar un estudio que permitiera explorar algunos de los factores psicológicos asociados a los problemas que se estaban observando en la evolución de los tratamientos de mantenimiento con metadona, con el interés puesto en hacerlo desde un modelo y una metodología propios de la disciplina psicológica. La adopción de un modelo psicológico que guiara las intervenciones en los TMM llevaba en plena lógica a plantearse objetivos de cambio, más ambiciosos que los objetivos paliativos.

La retirada de la metadona al finalizar el tratamiento sustitutivo suponía un procedimiento de intervención, poco explorado y aparentemente con bajo nivel de éxito, por lo que se estaban ensayando una vez más opciones farmacológicas con otros agonistas (buprenorfina) que pudieran mejorar sus resultados (Baño, 2003; Baño *et al.*, 2003). Retomamos entonces el interés por identificar los factores psicológicos que pudieran estar asociados a la efectividad en la retirada de metadona en aquellos pacientes que se hubieran sometido a

ese procedimiento, con la hipótesis de que los resultados obtenidos en los estudios anteriores pudieran tener alguna relación.

El proyecto de investigación se presentó a los responsables de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid en el último trimestre de 2006 y fue autorizado para su desarrollo durante los tres años siguientes. A finales de 2009 se concluyó la recogida de datos; a partir de ese momento se procedió a su análisis.

El diseño del estudio, la metodología de procedimiento y recogida de la información, el análisis de los datos y los resultados obtenidos los presentamos a continuación.

9. OBJETIVOS E HIPÓTESIS. DISEÑO

El objetivo general de la investigación es la identificación de los factores que pueden estar asociados con los resultados del proceso de retirada de metadona al finalizar un tratamiento sustitutivo de mantenimiento, con un interés particular en los factores psicológicos vinculados a la efectividad de dicha intervención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Conocer las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que se someten a un procedimiento de desintoxicación de metadona así como las condiciones y el tipo de tratamiento de mantenimiento que han seguido en sus respectivos centros.
- 2) Determinar las propiedades particulares de los procedimientos de desintoxicación de metadona empleados desde una perspectiva integral de la intervención.
- 3) Averiguar el grado de efectividad de las desintoxicaciones al finalizar un tratamiento de mantenimiento con metadona y la evolución en el post-tratamiento.
- 4) Identificar entre los factores implicados, aquellos que puedan estar relacionados con los resultados del proceso de retirada de metadona, tanto en la desintoxicación como en el mantenimiento posterior de la abstinencia.
- 5) Establecer los factores que mejor predicen el éxito o el fracaso de la intervención.

HIPÓTESIS

Estos objetivos se basan en la hipótesis general de que el resultado de la retirada de metadona puede depender de más factores que los relativos a los procedimientos biomédicos empleados para la desintoxicación. Entre otras cuestiones planteamos las siguientes hipótesis específicas:

- ✓ Que algunos aspectos del desarrollo particular del tratamiento de mantenimiento con metadona seguido por los pacientes pueden tener influencia en el resultado de la desintoxicación, entre ellos la presencia de servicios psicológicos complementarios al servicio médico y de dispensación.

- ✓ Que los logros obtenidos por los participantes en cuanto a su inserción laboral (empleo remunerado) y su ajuste familiar (convivencia con la familia) y social (ausencia de incidencias legales actuales) al finalizar el tratamiento sustitutivo de opiáceos, pueden estar también relacionados con los buenos resultados al retirar la metadona.
- ✓ Que los consumos habituales de sustancias psicoactivas, tanto durante el tratamiento sustitutivo como durante el proceso mismo de desintoxicación de metadona pueden interferir en el éxito de la misma, incluyendo el consumo de fármacos psicoactivos (benzodiazepinas), especialmente si se ha desarrollado una adicción a los mismos.
- ✓ Que entre los factores predictores del éxito o fracaso en la desintoxicación, podrían ser relevantes algunos procesos psicológicos vinculados a los estados afectivos de los participantes y/o a su nivel de competencias efectivas en el momento de someterse al proceso de retirada de la metadona.

DISEÑO

Estudio observacional, analítico, longitudinal prospectivo y de cohortes

Según la clasificación propuesta por Delgado y Doménech (2007), la investigación que presentamos reúne las características propias de un diseño *observacional* y *analítico*, al tratar de ofrecer una respuesta a los objetivos e hipótesis planteados. También implica el seguimiento de los participantes entre la fase de exposición y la respuesta, por lo que se puede considerar un estudio *longitudinal prospectivo*. Los criterios de inclusión de los participantes han sido definidos en función de la exposición: someterse a un proceso de retirada de metadona al finalizar un tratamiento de mantenimiento con metadona; y han sido analizados según la respuesta o resultado: éxito en lograr la dosis cero de metadona y la evolución post-tratamiento; por lo tanto el diseño responde fundamentalmente a un *estudio de cohortes* con sentido hacia delante.

10. MÉTODO

10.1 PARTICIPANTES

Los participantes en el estudio son pacientes diagnosticados de dependencia a opiáceos según criterios DSM-IV-R, atendidos de forma ambulatoria en los Centros de Atención Integral de Drogodependencias (CAID) de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid y con prescripción de un tratamiento sustitutivo de opiáceos, en concreto de clorhidrato de metadona.

La memoria de 2006 de la Agencia Antidroga (Agencia Antidroga, 2006) informa del porcentaje de pacientes con tratamiento de metadona en los CAID al final del año. Dichos datos son relevantes porque indican la situación previa de la población de referencia al inicio de la recogida de datos del estudio.

El trabajo de investigación que se presenta no contempla a la población de referencia en su totalidad, pacientes con tratamiento de metadona, sino que sus objetivos se cen-

Tabla 15. Pacientes con tratamiento de metadona en los CAID de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid

CAID	Nº pacientes en tratamiento	% de pacientes con T. metadona	Dosis media de metadona (mg.)
Alcalá	586	42	78
Alcobendas	299	24	69
Alcorcón	301	42	53
Aranjuez	155	56	65
Arganda	247	50	66
Collado v.	316	32	Nc.
Colmenar	160	44	Nc.
Coslada	264	31	70
Ctd A. López	154	100	68
Ctd Moratalaz	416	98	84
Ctd Móstoles	349	100	61
Dr. Santero	394	36	73
Fuenlabrada	409	35	69
Getafe	651	29	63
Leganés	467	40	62
M. Pinares	120	51	78
Majadahonda	257	57	Nc.
Mejorada	108	46	Nc.
Móstoles-CAID	587	25	62
Parla	345	25	69
S. Fernando	86	52	92
S. Sebastián	222	27	63
San Blas-Este	849	47	77
Tetuán-Norte	939	43	69
Torrejon	361	52	75
Usera-Sur	1.145	41	67
Total: 26	10.187	46%	70

Fuente: Adaptado de la Memoria 2006 de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

Nota: "Nc." No consta

tran específicamente en los pacientes que siguen un procedimiento de intervención para la retirada del fármaco, es decir, un proceso de desintoxicación de metadona.

Los criterios para definir a la población diana del estudio, fueron:

Criterios de inclusión:

- *Hombres y mujeres.*
- *Mayores de edad.*
- *Con diagnóstico de dependencia a opiáceos.*
- *Que estén siguiendo un tratamiento con metadona en centros ambulatorios de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid antes del 31 de Diciembre de 2006.*
- *Que inicien un proceso de desintoxicación de metadona a partir del 1 de enero de 2007.*

Criterios de exclusión:

- *Pacientes que realicen desintoxicaciones de metadona con carácter de urgencia médica, por algún tipo de sanción reglamentaria, o inferiores a un mes de duración.*

Definición de los criterios establecidos:

- Según el Observatorio Español sobre Drogas (OED, 2009, pp. 132):
 - Se considera *tratamiento* cualquier intervención realizada por profesionales cualificados para eliminar el abuso o la dependencia de sustancias psicoactivas o reducir su intensidad.
 - Se consideran *ambulatorios* aquellos tratamientos en que el paciente no pernocta en el centro o los realizados en servicios de tratamiento de drogodependencias de prisiones.
 - Los *criterios diagnósticos* de dependencia y abuso son los que apliquen los profesionales que realicen la admisión a tratamiento, aunque deben tenderse a aplicar las dos principales clasificaciones en vigor: DSM-IV y CIE-10.
- Los *tratamientos con metadona* implican necesariamente la prescripción y dispensación del fármaco (clorhidrato de metadona), sin menoscabo de otras actuaciones terapéuticas.
- Un *proceso de desintoxicación de metadona* tiene como objetivo la retirada del fármaco una vez finalizado el tratamiento previsto para la drogodependencia. Pueden utilizarse

diferentes procedimientos clínicos, tanto biomédicos y farmacológicos como psicológicos. También pueden darse intervenciones sociales.

- Las *desintoxicaciones de metadona al inicio de un tratamiento para la drogodependencia* no se consideran objeto del presente estudio, ya que estos procedimientos se emplean para las desintoxicaciones de heroína cuando este opiáceo es sustituido por el agonista para ser retirado inmediatamente y proceder después a un tratamiento convencional de deshabituación.

Tabla 16. Pacientes en tratamiento con metadona informados para el presente estudio por los CAID a finales de 2006

CAID	Pacientes PM informados para el estudio 31/12/2006	Pacientes PM referidos Memoria AAD 2006
Alcalá H.	250	246
Alcobendas	94	72
Alcorcón	80	126
Aranjuez	97	87
Arganda	63	124
Collado V.	89	101
Colmenar viejo	36	70
Coslada	47	82
CTD A. López	117	154
CTD Moratalaz	360	408
CTD Móstoles	203	349
Doctor Santero	109	142
Fuenlabrada	135	143
Getafe	197	189
Leganés	142	187
M. Pinares	37	61
Majadahonda	146	146
Mejorada	50	50
Móstoles CAID	119	147
Parla	81	86
S. Fernando H.	34	45
S. Sebastián	73	60
San Blas- Este	326	399
Tetuán- Norte	365	404
Torrejón	160	188
Usera- Sur	362	469
Total 26	3.772	4.686
Total 16	2.710	3.342

(Sombreados los centros colaboradores en el estudio. N=16)

- Las urgencias médicas que exijan retirada rápida de la metadona, o aquellas desintoxicaciones realizadas en el plazo de un mes por motivos no terapéuticos, como pueden ser las expulsiones o la atención a demandas urgentes del propio usuario, también se excluyen del análisis de la actual investigación.

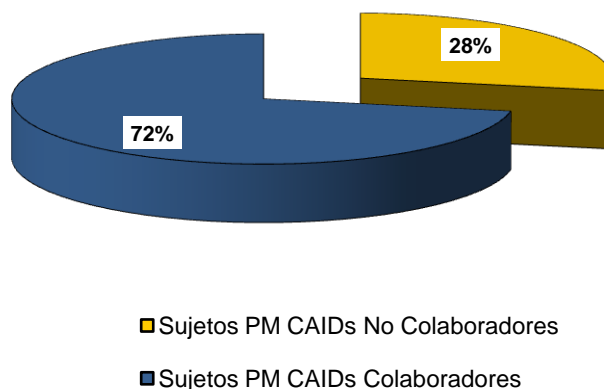
El dato de pacientes en tratamiento con metadona a finales del año 2006 informado directamente para el estudio por los centros que han colaborado en la recogida de datos, difiere del que posteriormente recogería la Memoria 2006 de la Agencia Antidroga. Según los datos obtenidos directamente de los CAID en las fases iniciales del estudio, la *población* alcanzaría a un total de 3.772 pacientes con tratamiento de

metadona a finales del año 2006. Se desconoce el motivo de la diferencia de 914 pacientes respecto al dato publicado posteriormente en la Memoria 2006 de la Agencia Antidroga (4.686).

16 CAID de los 26 contactados colaboraron en el estudio, informando a lo largo del periodo de recogida de datos sobre el estado de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Los otros 10 centros excusaron su participación por diferentes motivos:

- ✓ estar inmersos en otros estudios empíricos (Majadahonda)
- ✓ o en procesos de *Calidad* (Alcobendas, Getafe)
- ✓ no disponer del personal necesario (M. Pinares, Mejorada)
- ✓ dificultades en la coordinación entre los técnicos implicados en la recogida de información (Colmenar, S. Sebastián de los Reyes);
- ✓ centros que comunicaron su no colaboración sin explicar los motivos (CTD Antonio López, CTD Móstoles y Dr. Santero)

Gráfico 11. Población de Referencia (N= 2.710)



La población de referencia se redujo por este motivo a 2.710 pacientes con tratamiento de metadona en los CAID que decidieron colaborar en la investigación.

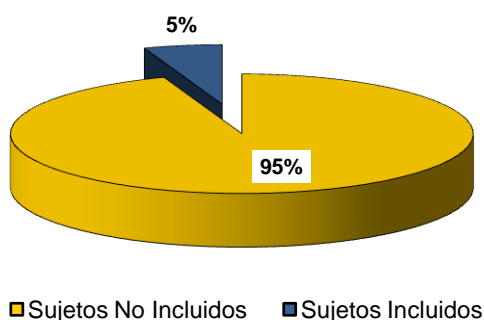
Con base en la clasificación propuesta por Delgado y Doménech (2007), establecemos que los pacientes que siguen un tratamiento ambulatorio con metadona en los CAID de la Agencia Antidroga que colaboraron en el estudio, constituyen la **población de referencia**; los pacientes que cumplen criterios de inclusión/exclusión para el estudio, componen la **población diana** y los pacientes que aceptan con la firma del consentimiento informado su participación en la investigación y realizan la evaluación inicial, la **población estudio**.

Tabla 17. Clasificación de las Poblaciones del Estudio

CENTRO	P. Referencia pacientes en PM el 01/01/2007	P. Diana pacientes perfil (01/01/07- 30/06/09)	P. Estudio inicial pacientes que fir- man C. Informado + E. Inicial	P. Estudio final pacientes que empiezan DX. metadona
1. Alcalá H.	250	5	3	3
2. Alcorcón	80	6	6	6
3. Aranjuez	97	10	4	4
4. Arganda	63	2	2	2
5. Collado Villalba	89	3	3	3
6. Coslada	47	15	8	7
7. Fuenlabrada	135	2	0	0
8. Leganés	142	19	14	11
9. Moratalaz	360	14	3	3
10. Móstoles CAID	119	10	4	3
11. Parla	81	2	2	2
12. San Blas- ESTE	326	12	2	1
13. S. Fernando H.	34	15	10	10
14. Tetuán-NORTE	365	20	16	16
15. Torrejón	160	3	2	2
16. Usera-SUR	362	10	10	8
TOTALES	2.710	148	89	81

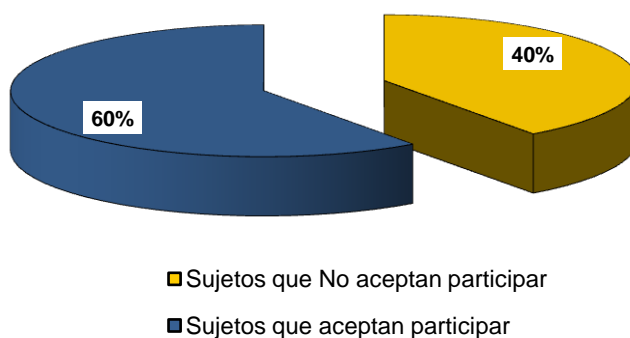
Según la información aportada por los centros sólo el 5,46% (N=148) de los pacientes en tratamiento con metadona cumplían los criterios de inclusión. Un 40% (N=59) de la población diana no llegó a firmar el consentimiento informado o a realizar el protocolo inicial de la evaluación.

Grafico 12. Población Diana (N= 148)

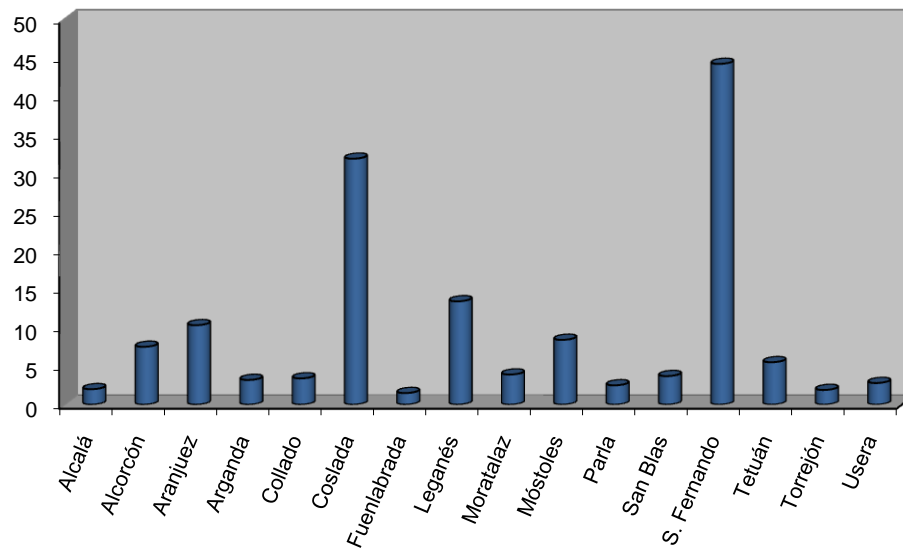
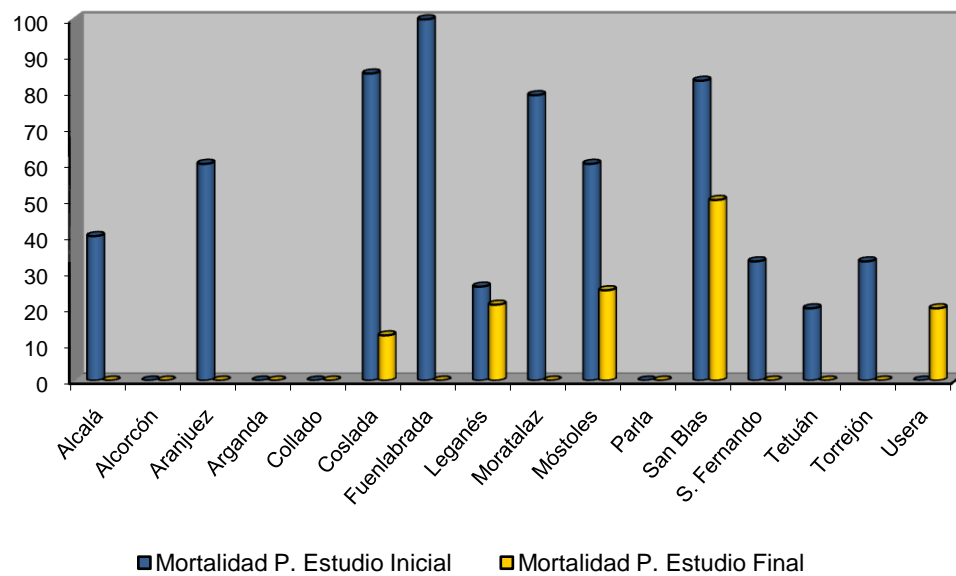


Finalmente se pudieron obtener y analizar datos de 81 pacientes, lo que supone un 54,73% de los pacientes con el perfil indicado; 8 casos se perdieron tras su inclusión en el estudio, al no finalizar el protocolo de la evaluación inicial.

Gráfico 13. Población Estudio (N= 89)



Se observan algunas diferencias entre los distintos centros participantes respecto al número de pacientes incluidos en el estudio. También se observan diferencias intercentros en cuanto a la pérdida de casos (*mortalidad*) en la población de estudio.

Gráfico 14. Porcentajes de Población Diana por CAID (N= 148)**Gráfico 15. Porcentajes de mortalidad por CAID (Inicial: N= 59; Final: N= 67)**

RESUMEN DE LA INCLUSIÓN DE CASOS: Selección de la *población de estudio*

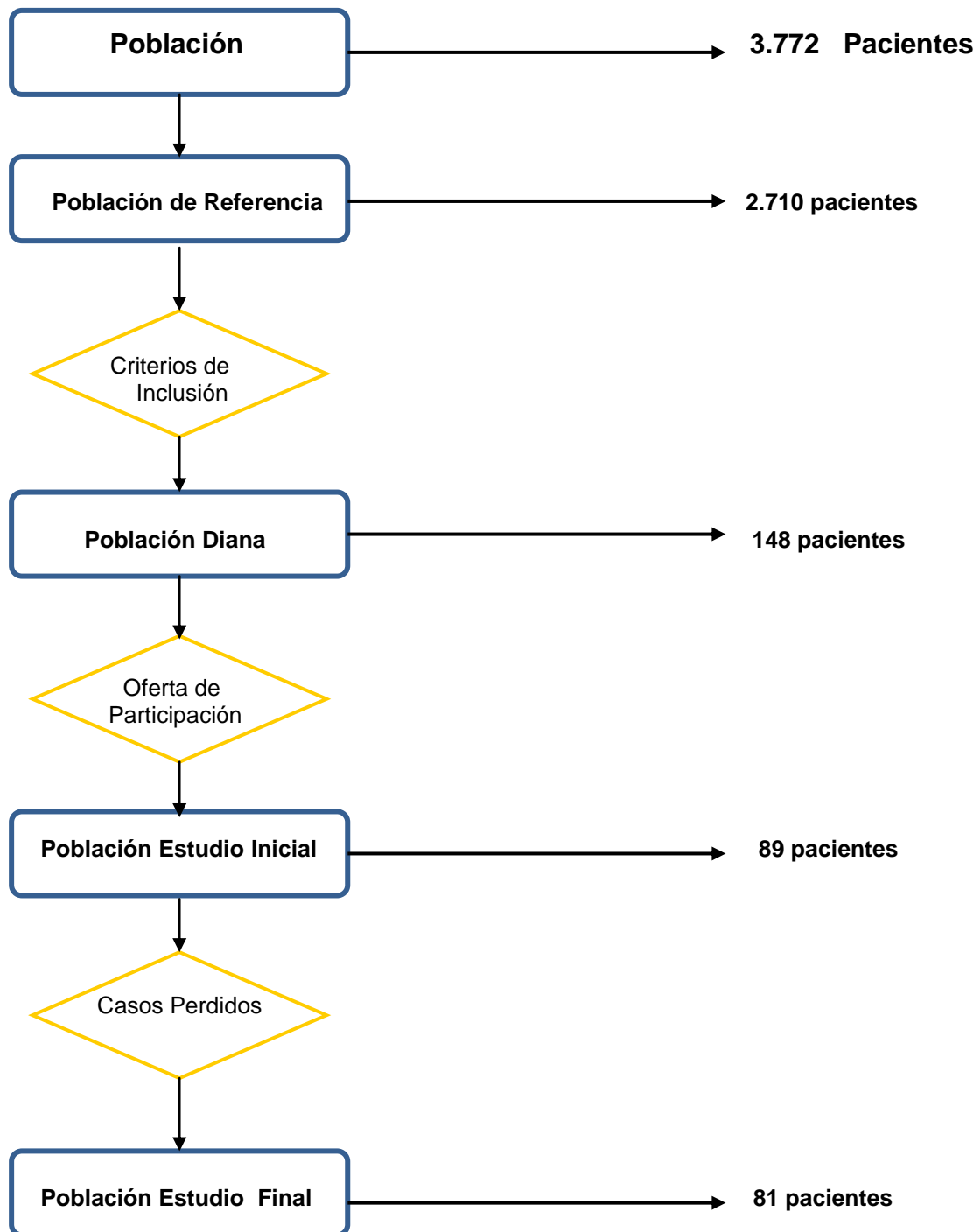


Figura 3. Diagrama de Flujo: Resumen de la inclusión de casos. Selección de la población de estudio

10.2 VARIABLES DEL ESTUDIO

Las variables analizadas se seleccionaron en función de los objetivos del estudio y de la propia experiencia clínica, teniendo en cuenta los indicadores de Informes del Plan Nacional sobre Drogas y de la Agencia Antidroga, y la información aportada por otros estudios epidemiológicos y empíricos realizados con poblaciones de similares características.

Tabla 18. Variables del Estudio

VARIABLES PERSONALES	VARIABLES INDEPENDIENTES	VARIABLES SOCIO - DEMOGRÁFICAS	Sexo, edad, estado civil, núcleo de convivencia, alojamiento principal, nivel de estudios, situación laboral, nivel socio-económico, situación legal actual
		VARIABLES CLÍNICAS	Patologías biomédicas, toma de medicación, consumo de psicofármacos, adicción a benzodiacepinas, estados afectivos (ansiedad, depresión y estrés percibido), insomnio
		CONSUMO DE SUSTANCIAS	Heroína, Cocaína, Alcohol, Cánnabis.
		REPERTORIOS COMPETENCIALES	Autocontrol, autoeficacia, afrontamiento-emoción, afrontamiento-tarea, afrontamiento-apoyo social, lugar de control, habilidades sociales, optimismo, autoestima
VARIABLES DEL TRATAMIENTO		TIPO DE TRATAMIENTO SUSTITUTIVO	Edad de inicio de consumo de heroína, años de consumo de heroína, tratamientos anteriores, permanencia en TMM, adherencia al tratamiento sustitutivo, dosis media de metadona administrada, valoración subjetiva de la dosis, lugar de dispensación, frecuencia de recogida, frecuencia de controles toxicológicos de orina, servicios ofertados en el TMM, frecuencia de utilización de los servicios ofertados, nivel de satisfacción con los servicios utilizados, percepción subjetiva de la efectividad del TMM.
VARIABLES DEL PROCESO DE DESINTOXICACIÓN		CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE RETIRADA DE METADONA	Evaluación previa, origen de la prescripción de retirada, duración de la desintoxicación, dosis inicial, dispositivo, desintoxicación simultánea de otras drogas, tratamientos farmacológicos coadyuvantes, clínica del síndrome de abstinencia a opiáceos (SAO), consumo de drogas, intervención psicológica, adhesión al tratamiento de desintoxicación. Motivación para la retirada de la metadona.
	VARIABLE DEPENDIENTE	RESULTADOS DEL PROCESO DE RETIRADA DE METADONA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desintoxicación: Logro de la dosis cero / Interrupción del proceso. 2. Evolución post-tratamiento: Abstinencia / Recaída post-tratamiento

El diseño analítico del estudio permitía clasificar las variables relevantes para la investigación en variables independientes y variable dependiente.

Las Variables Independientes se clasificaron en tres grandes grupos:

- 1) **VARIABLES PERSONALES:** Las relacionadas con la situación particular de los pacientes, como son sus características demográficas y sociales; el estado de salud en el momento de iniciar el estudio, recogiendo tanto los aspectos biomédicos como las posibles alteraciones en los estados afectivos y su posible repercusión en la calidad del sueño y el abuso de psicofármacos; el consumo de sustancias durante el TMM, en los meses anteriores a iniciar el proceso de retirada de la metadona; y el nivel de competencias de autocontrol y afrontamiento disponibles en el momento de iniciar la desintoxicación de metadona.
- 2) **VARIABLES DEL TRATAMIENTO:** Las que definen el tipo y las características del tratamiento de mantenimiento con metadona vigente, tanto desde la perspectiva del centro prescriptor/dispensador en cuanto a procedimientos utilizados (duración del tratamiento, frecuencia de recogida de dosis, lugar de dispensación, determinaciones toxicológicas de sustancias, etc.) y servicios ofertados (tratamientos psicológicos, trabajo social, apoyo educativo para la formación y búsqueda de empleo, asesoría jurídica, etc.), como desde la percepción subjetiva del paciente respecto del tratamiento recibido y de su propia evolución en el mismo.
- 3) **VARIABLES DEL PROCESO DE RETIRADA DE METADONA:** Las relativas a las condiciones específicas del procedimiento de retirada de la metadona aplicado terapéuticamente, como son los protocolos de reducción de dosis, otros tratamientos farmacológicos e intervenciones psicológicas y/o sociales empleadas, los criterios para proceder o no a la desintoxicación de metadona de cada uno de los pacientes (prescripción de la desintoxicación, dosis de partida, condiciones físicas, psicológicas y sociales), las incidencias durante el proceso (consumo de sustancias, sintomatología del síndrome de abstinencia) y los motivos de finalización.

La Variable Dependiente analizada fue el resultado del proceso de retirada de la metadona al finalizar un tratamiento sustitutivo de mantenimiento, en dos momentos bien delimitados:

- 1) Un primer momento al terminar la desintoxicación, considerando como criterio de éxito el logro de dosis cero de metadona y como criterio de fracaso, la interrupción de dicho proceso por cualquier motivo, con la excepción de aquellos pacientes que permanecieran desintoxicándose en el momento de finalización el estudio.
- 2) Un segundo momento, tras el logro de dosis cero de metadona y hasta seis meses después de superada la desintoxicación, considerando la abstinencia a la heroína durante al menos este periodo como el criterio de éxito y la recaída en el consumo de esta sustancia, el fracaso de la intervención. La recaída fue definida como aquella situación de consumo de heroína constatada (clínicamente o a través de controles toxicológicos), que requiriera una nueva intervención terapéutica, ya fuera el reinicio de una nueva dosis de metadona, la prescripción de una desintoxicación y/o la derivación a cualquier otro programa o recurso.

Los datos relativos a todas las variables de interés fueron obtenidos a través de los instrumentos de evaluación que se detallan a continuación.

10.3 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

El instrumento de evaluación diseñado para el estudio constaba de dos protocolos:

- ✓ Un protocolo inicial, denominado AUTOINFORME, compuesto por dos encuestas y seis cuestionarios, aplicados a los pacientes por uno de los profesionales colaboradores de cada centro mediante una entrevista guiada, antes de empezar el procedimiento de desintoxicación o durante los primeros días del mismo. (Ver Anexo 1a).
- ✓ Un protocolo final, con formato de heteroinforme, llamado INFORME DE LA DESINTOXICACIÓN DE METADONA (I.D.M.), consistente en un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas sobre la evolución de los pacientes y las posibles incidencias acontecidas durante el proceso de retirada de metadona de cada paciente completado por el médico responsable del tratamiento al finalizar la intervención. (Ver Anexo 1b)

El Autoinforme estuvo precedido en todos los casos del *Consentimiento Informado* que era leído, explicado y firmado, una vez aceptados los términos, por técnicos y participantes. Al final de la primera obtención de datos del Autoinforme, los técnicos colaboradores cumplieron un registro de observaciones con información relativa a:

- El modo de convocatoria para la evaluación
- El tiempo total de la aplicación y
- El grado de dificultad para los participantes en la comprensión y respuesta a la tarea solicitada.

En el Informe de la Desintoxicación de Metadona (IDM) se incluyó también un registro de observaciones del evaluador, en el que se podían anotar datos sobre prevalencia de enfermedades antes de iniciar la retirada de metadona y sobre la incidencia de patologías sobrevenidas durante el proceso de desintoxicación. Se les pidió finalmente una valoración subjetiva del grado de adhesión al tratamiento sustitutivo por parte de los pacientes, tanto durante la fase de mantenimiento como en la fase final de retirada.

Como resumen del procedimiento de aplicación de los instrumentos de evaluación, señalamos:

- La convocatoria a los pacientes incluidos en el estudio para la cumplimentación de los cuestionarios se realizó en el 90,1% de los casos (N= 73) mediante *cita previa*. El resto se realizó aprovechando el tiempo de dispensación de metadona.
- La duración media de la aplicación del instrumento completo a los participantes fue de 72 minutos 58 segundos (mínimo: 40 min.; máximo: 120 min.)
- La dificultad de aplicación valorada por el entrevistador mediante una escala de 1 a 3, fue de *baja o muy baja* para el 60,5% de los participantes (N= 49); *regular o media* para el 18,5% (N= 15); y de *alta o muy alta* para el 11,1% (N= 9). En los 8 casos restantes, los evaluadores no informaron de estas cuestiones.

10.3.1. Características y propiedades psicométricas del instrumento de evaluación del protocolo inicial: Autoinforme

Tabla 19. Instrumento de Evaluación: Protocolo Inicial

PROTOCOLO INICIAL: Autoinforme		
NOMBRE	AUTORES	Nº DE ITEMS
1. <i>Encuesta sobre Datos Socio-demográficos y Clínicos (EDSC)</i>	Adaptación de Carreras y Carrobles (2004)	13
2. <i>Encuesta General sobre el Tratamiento con Metadona (EGTM)</i>	Adaptación de Carreras y Carrobles (2004)	24
3. <i>Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HADS)</i>	Zigmond y Snaith, (1983); adaptación y validación española de Terol, Rodríguez-Marín, López-Roig, Martín-Aragón y Pastor (1997)	14
4. <i>Escala de Estrés Percibido (PSS) (Versión 10 ítems)</i>	Perceived Stress Scale. Cohen, Kamark y Mermelstein (1983). Adaptación y validación española de Remor y Carrobles (2001)	10
5. <i>Cuestionario Oviedo de Sueño (COS)</i>	Bobes, González, Saiz, Bascarán, Iglesias y Fernández (2000).	15
6. <i>Escala sobre Problemas de Sueño (EPS)</i>	Carreras y Carrobles (2004)	8
7. <i>Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP)</i>	Pedrero, Pérez, De Enea y Garrido (2005).	84
8. <i>Escala de Severidad de Dependencia a las Benzodiacepinas (SDS)</i>	Gossop, Darke y Griffiths (1995); adaptación y validación española de De las Cuevas, Sanz, De la Fuente, Padilla y Berenguer (2000)	5
	Total	173

➤ **Encuesta sobre Datos Sociodemográficos y Clínicos (EDSC).**

Supuso una adaptación del mismo instrumento diseñado para estudios anteriores también con pacientes con adicción a heroína tratados con metadona (Carreras y Carrobles, 2001, 2004). En él se recogieron los datos relativos a las variables sociodemográficas y clínicas relevantes en la población de estudio, respecto a los objetivos planteados.

En esta ocasión se prescindió del conjunto de ítems dirigidos a obtener datos sobre indicadores de riesgo de consumo de benzodiacepinas, pero se mantuvo la información facilitada por los propios pacientes sobre el consumo o no de estos fármacos en los meses previos al inicio de la desintoxicación de metadona.

➤ **Encuesta General sobre el Tratamiento con Metadona (EGTM).**

Esta misma encuesta fue utilizada en estudios anteriores (Carreras y Carrobles, 2001, 2004) y se incluyó en este para obtener información sobre las características particulares de los tratamientos de metadona que estaban siguiendo los pacientes, la frecuencia de utilización de los servicios ofertados en cada centro y la satisfacción y efectividad percibida. Para el estudio actual y en función de los nuevos objetivos planteados, se ampliaron los ítems correspondientes al consumo de sustancias y se introdujeron ítems nuevos específicos sobre la opinión de los pacientes respecto al proceso que iban a iniciar de desintoxicación de metadona como fase final de su tratamiento, en concreto sobre la motivación para iniciar el proceso de retirada de la metadona.

➤ **Escala de Severidad de Dependencia a las Benzodiacepinas (SDS).** Gossop *et al.* (1995).

Adaptación española de De las Cuevas, Sanz, De la Fuente, *et al.* (2000).

Esta escala fue seleccionada para la valoración del diagnóstico de adicción a benzodiacepinas, una de las variables contempladas como de probable pronóstico respecto al resultado final del proceso de desintoxicación de metadona.

Es un instrumento clásico en la evaluación psicológica de las drogodependencias. Fue diseñada por los autores para facilitar una breve y fácilmente administrable escala que pudiera utilizarse para medir el grado de dependencia experimentado por los usuarios de diferentes tipos de drogas. La SDS contiene cinco ítems, todos ellos están explícitamente relacionados con componentes psicológicos de dependencia. Estos ítems se relacionan con la falta de con-

trol sobre el consumo y con la ansiedad y preocupación en el uso de drogas. Los ítems se puntúan de 0 a 3. A mayor puntuación, mayor gravedad de adicción. La puntuación mínima es 0 y la máxima, 15. Los autores de la adaptación española han situado el punto de corte para el diagnóstico de adicción en 7 (De las Cuevas *et al*, 2000).

En el estudio de validación realizado con pacientes crónicos, De las Cuevas *et al*. (2000), encontraron que la SDS era un cuestionario breve auto-administrado válido para la detección de la dependencia en pacientes usuarios de benzodiacepinas. Los resultados del análisis de fiabilidad como consistencia interna mostraron un valor *alpha* de Chronbach (α) de 0,81. Los estudios de validez fueron realizados empleando el CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*). En el estudio de De las Cuevas, la sensibilidad, especificidad y las tasas de falsos positivos y negativos de todas las posibles puntuaciones de corte fueron calculadas para la SDS. El área bajo la curva (ABC) fue de 0,99, indicando que la SDS puede discriminar correctamente pacientes que habían obtenido el diagnóstico CIDI de dependencia a benzodiacepinas en el 99% de los casos.

En el estudio sobre consumo y adicción a benzodiacepinas en usuarios de programas de metadona (Carreras y Carrobbles, 2001, 2004), la Escala de Severidad de Adicción (SDS) aplicada a los pacientes consumidores de benzodiacepinas (N= 133), presentó un índice de fiabilidad medido a través del *alpha* de Cronbach de 0,75. La media global de las puntuaciones obtenidas fue de 5,24 con una desviación típica de 3,71.

En el estudio actual, la SDS se aplicó a 31 pacientes (38,27% de la población estudio), consumidores de benzodiacepinas. El *alpha* de Cronbach obtenido fue de 0,76.

➤ **Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HADS).** Zigmond y Snaith (1983). Adaptación y validación española de Tejero, Guimera, Farre y Peri (1986) y Terol, Rodríguez-Marín, López-Roig *et al*. (1997).

La evaluación de los estados afectivos de los pacientes y su posible relación con el éxito en la desintoxicación de metadona fue otro de los objetivos de análisis en el estudio actual. Se consideró necesario contrastar los datos sobre los estados afectivos autoinformados por

los pacientes con un tipo de medida más objetiva. Aunque existen múltiples cuestionarios capaces de cubrir estas expectativas, se seleccionó la *Hospital Anxiety and Depression Scale* atendiendo sobre todo a las características de los participantes en el estudio, en primer lugar por su rápida y fácil aplicación y además por el tipo de ítems de la escala que reduce la posibilidad de confundir los trastornos evaluados con otro tipo de sintomatología propia de algunas patologías frecuentes en población drogodependiente. Esto es posible ya que la HADS fue diseñada para detectar trastornos depresivos y ansiosos en el marco de los servicios hospitalarios no psiquiátricos que no estuvieran contaminados por la sintomatología de la patología física del paciente y que diferenciara claramente los trastornos de tipo depresivo de los de tipo ansioso (Bobes, González, Bascarán, *et al.*, 2002).

El instrumento se compone de 14 ítems y se puntúa como una escala tipo *Likert* que oscila entre 0 y 3 puntos, en la que los participantes tienen que informar sobre los sentimientos que han experimentado en la última semana. Consta de dos subescalas de 7 ítems cada una, intercalando alternativamente los ítems de ansiedad (impares) y los ítems de depresión (pares). La puntuación mínima de cada escala es 0 e indica el nivel de ansiedad/depresión más bajo; y la máxima, 21. Algunos ítems se puntúan en orden inverso (1,3, 5, 6, 8,10, 11, 13).

Para cada subescala, la puntuación se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los ítems que la conforman, interpretándose la puntuación obtenida en cada una de acuerdo a los siguientes criterios:

- 0-7: rango de normalidad
- 8-10: caso probable
- 11-21: caso de ansiedad o depresión

La escala está especialmente indicada para la evaluación de ansiedad y depresión en personas afectadas por una enfermedad física. En el caso de afectados por VIH, la escala es muy útil ya que no contiene ítems somáticos que confundan depresión con síntomas de la enfermedad (como pérdida de peso, insomnio, fatiga, etc.). Además, su brevedad permite un fácil uso en el contexto sanitario u hospitalario. Estudios con población VIH han referido que esta escala es una herramienta altamente efectiva en la evaluación de la depresión y ansiedad

clínica en esta población. La revisión de Remor (2000), de los estudios que realizaron la adaptación española, presenta los siguientes resultados:

- Tejero, Guimera, Farre y Peri (1986), en una investigación con pacientes aquejados fundamentalmente por trastornos de ansiedad y depresión, encontraron una consistencia interna para la subescala HAD-A de $\alpha = 0,81$ y para el HAD-D de $\alpha = 0,82$. Indicadores de validez convergente fueron: correlación HAD-A x STAI, $r = 0,71$ y HAD-D x BDI, $r = 0,74$.
- Terol *et al.* (1997), realizaron un estudio con población adulta (N= 182, edad media 49) y estudiantes (N= 379, edad media 21) con una muestra no clínica. Los datos referentes a la población adulta fueron: consistencia interna del HAD-A: $\alpha = 0,80$; validez concurrente con el STAI-S: $r = 0,67$; $p = 0,001$ y el STAI-R: $r = 0,70$; $p = 0,001$. Los datos referentes a población estudiantil fueron: consistencia interna del HAD-A: $\alpha = 0,75$ y consistencia interna del HAD-D: $\alpha = 0,69$. Los indicadores de fiabilidad test-retest fueron muy altos para ambas muestras.

La escala ha logrado buenos índices de fiabilidad en estudios también con población española de características similares a la de nuestra muestra:

- Remor (2000), con 92 pacientes VIH+ de edades entre 24 y 69 años (Media= 37 años y 3 meses), obtuvo valores apropiados de consistencia interna para las subescalas HAD-A ($\alpha = 0,86$) y HAD-D ($\alpha = 0,79$).

Tabla 20. Fiabilidad subescalas de la HADS (Ladero, 2007)

- Ladero (2007), en un estudio longitudinal, con tres medidas de las mismas variables realizado en diferentes grupos de participantes, en población drogodependiente en tratamiento con metadona, obtuvo también índices de fiabilidad elevados para ambas subescalas de la HADS (Tabla 20).

	Octubre 2001	Junio 2003	Junio 2004
	N= 48	N= 100	N= 93
	α	α	α
Ansiedad: HAD-A	0,80	0,92	0,90
Depresión: HAD-D	0,73	0,91	0,93

- Los valores de consistencia interna obtenidos en el estudio sobre consumo y adicción a benzodiacepinas en usuarios de programas de metadona (Carreras y Carrobles, 2004), considerando la totalidad de la muestra (N= 253), fueron para la subescala de ansiedad, $\alpha= 0,83$ y para la subescala de depresión, $\alpha= 0,78$.

En el estudio actual, la HADS se aplicó a los 81 participantes, obteniendo una consistencia interna para el conjunto de los ítems de la escala de $\alpha=0,90$. Los valores de consistencia interna fueron, para la subescala de ansiedad, $\alpha= 0,81$, y para la subescala de depresión, $\alpha= 0,86$.

➤ **Escala de Estrés Percibido (PSS).** Cohen, Kamark y Mermelstein (1983). Adaptación y validación española, Remor (2006); Remor y Carrobles (2001).

En el estudio realizado se consideró el proceso de desintoxicación como un posible factor disposicional de respuestas de estrés ante esta fase final del tratamiento de mantenimiento con metadona, considerando que si este tipo de trastorno está presente con una cierta intensidad al inicio de la retirada del fármaco, la probabilidad de que el paciente consiga llegar a dosis cero será menor.

La PSS fue diseñada por los autores para medir el grado en que las situaciones de la vida se valoran como estresantes. Los ítems evalúan el nivel en el que los participantes consideran que su vida es impredecible, incontrolable o sobrecargada (componentes centrales en las experiencias de estrés). El periodo evaluado se limita al último mes. Es un cuestionario breve, autoadministrable, que consta de 10 ítems en la versión utilizada, con un formato de respuesta según una escala tipo *Likert* de 5 puntos (0= nunca, 1= casi nunca, 2= de vez en cuando, 3= a menudo, 4= muy a menudo). La puntuación total se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6 y 7; y sumando a continuación el total de puntos alcanzados. La puntuación mínima es 0 y la máxima 40, para la versión de 10 ítems.

El estudio de adaptación y validación española (Remor y Carrobles, 2001) para la versión de 14 ítems, demostró una adecuada fiabilidad (consistencia interna $\alpha= 0,81$ y test-retest $r= 0,73$), validez concurrente y sensibilidad. Datos adicionales (Remor, 2006), aportaron evidencias para la versión corta de 10 ítems en términos de consistencia interna ($\alpha= 0,82$), test -

retest, ($r = 0,77$), validez concurrente mediante el coeficiente de correlación de Pearson, con el HAD-A de 0,66 y con el HAD-D de 0.72 ($p < 0,001$) para todas las correlaciones y sensibilidad adecuada.

El estudio de Ladero (2007) en población drogodependiente con tratamiento de metadona que utiliza la versión de 14 ítems, mostró diferentes índices de fiabilidad en las tres mediciones efectuadas (*Tabla 21*).

Tabla 21. Fiabilidad de la PSS-14. (Ladero, 2007)

	Octubre 2001	Junio 2003	Junio 2004
	N= 48	N= 100	N= 93
	α	α	α
Estrés PSS-14	0,78	0,92	0,92

Un reciente estudio psicométrico de la escala en sus tres versiones (PSS-14; PSS-10; PSS-4) aplicada a 133 pacientes en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias en un Centro de Atención a Drogodependientes (Pedrero y Olivar, 2010), obtuvo un coeficiente de consistencia interna $\alpha = 0,91$ para la escala de 10 ítems ($\alpha = 0,91$ para la versión de 14 ítems y $\alpha = 0,87$ para la escala de 4 ítems). Los autores confirmaron la utilidad de la aplicación de la escala, en cualquiera de sus versiones, en población drogodependiente sometida a tratamiento.

La PSS-10 aplicada en la presente investigación a los 81 participantes presentó un índice de fiabilidad medido con el *alpha* de Cronbach, de 0,88.

➤ **Cuestionario Oviedo de Sueño (COS).** Bobes, González, Sáiz, *et al.* (2000).

Varios factores pueden afectar al ciclo del sueño-vigilia y alterar la calidad del sueño, entre ellos el consumo de drogas o la presencia de alteraciones emocionales que supongan una activación o depresión de algunos sistemas reactivos del organismo, como el sistema nervioso. Problemas para conciliar el sueño o la interrupción frecuente del mismo durante las horas de descanso pueden influir a su vez en el ánimo y el humor de los pacientes. En cualquier caso una alteración del sueño puede afectar a la consecución de los objetivos de desintoxicación de metadona, sobre todo teniendo en cuenta que tanto esta variable como

las otras alteraciones ya mencionadas pueden formar parte del síndrome de abstinencia a metadona que se desencadena tras la retirada del fármaco.

Esto es lo que se pretende medir con la utilización de instrumentos diseñados para ese fin. En el caso del sueño se seleccionó el *Cuestionario Oviedo del Sueño* con objeto de validar el otro instrumento, *La Escala de Problemas de Sueño*, diseñada específicamente para el estudio anterior con población drogodependiente en tratamiento de metadona (Carreras y Carrobbles, 2001, 2004).

Según los autores, el COS es un cuestionario heteroaplicado, de ayuda diagnóstica para los trastornos del sueño tipo insomnio e hipersomnio según los criterios DSM-IV y CIE-10 (debido a su sencillez, los autores sostienen que se puede aplicar también autoadministrado). Está formado por 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en subescalas diagnósticas: satisfacción subjetiva del sueño (1 ítem), insomnio (9 ítems) e hipersomnio (3 ítems: 2.5, 8, 9). Los dos ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda de cualquier tipo para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño (parasomnias, ronquidos). Todos los ítems se responden mediante una escala tipo *Likert* (el primer ítem con 7 opciones de respuesta y el resto 5), indicando una respuesta de 5 (7 en el ítem 1) el mayor deterioro y una de 1 el menor.

La subescala de insomnio (ítems: 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 3, 4, 5, 6, 7) explora cuatro dimensiones (latencia del sueño, duración, eficiencia, disfunción diurna) y proporciona información categorial y dimensional sobre la gravedad del mismo (Bobes *et al.*, 2002).

Categorial:

Habrá insomnio según la CIE-10 cuando se cumplan las siguientes dos condiciones:

- Ítems: COS 2.1 al COS 2.4: cuando al menos en uno de los cuatro ítems, la puntuación sea de 3 (3 días a la semana)
- Ítem COS-7: al menos una puntuación de 3 (3 días a la semana)

Habrá insomnio según DSM-IV, cuando se cumplan las siguientes dos condiciones:

- Ítems: COS 2.1 al COS 2.4: : cuando al menos en uno de los cuatro ítems la puntuación sea de 5 (6-7 días a la semana)
- Ítem COS-7: al menos una puntuación de 5 (6-7 días a la semana)

Dimensional:

La puntuación de gravedad del insomnio se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los 9 ítems de la escala. Esta puntuación puede oscilar entre 9 y 45: a mayor puntuación, mayor gravedad.

Tabla 22. Percentiles subescala insomnio. COS. (Bobes *et al*, 2000)

	Percentil 5	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	Percentil 95
Puntuación Directa	14	24	30	36	43

El cuestionario fue aplicado por los autores a un total de 1.253 pacientes que cumplían criterios de inclusión en un estudio transversal multicéntrico sobre población clínica con trastorno depresivo. Las puntuaciones obtenidas por la muestra en la escala de *insomnio* se valoraron según tablas de transformación de la puntuación directa en percentiles. Respecto a las propiedades psicométricas para el conjunto del cuestionario, se informó de una consistencia interna de $\alpha = 0,77$. Además, el instrumento mostró una adecuada validez concurrente al relacionarlo con la escala de Hamilton (r de Pearson de 0,78). En el trabajo no se ofrecieron datos de validez discriminante ni descriptiva y se señaló la necesidad de complementar los resultados obtenidos con investigaciones sobre otras poblaciones.

En nuestra muestra, la fiabilidad (α de Cronbach) fue de 0,92 en la aplicación del conjunto del COS a los 81 participantes. Para la subescala de *Insomnio*, el α fue de 0,88 y en la subescala de *Hipersomnio* de 0,83.

➤ **Escala sobre Problemas de Sueño (EPS).** Carreras y Carrobles (2004).

Fue diseñada específicamente para identificar problemas de insomnio en los participantes del estudio sobre consumo y adicción a benzodiazepinas en usuarios de programas de metadona (Carreras y Carrobles, 2004). Una primera versión de 10 ítems se empleó en un estudio piloto con población similar (Carreras y Carrobles, 2001). La versión definitiva, incluida en el estudio actual, consta de 8 ítems que se puntúan según una escala tipo *Likert*

entre 0 y 4. La puntuación mínima posible es 0 y la máxima, 32. Dos de los ítems se puntúan en orden inverso (6 y 8).

Para su elaboración se tuvo en cuenta la clasificación general de los trastornos de sueño de Caballo y Buela Casal (1990), centrando el problema en los tres patrones de insomnio identificables: la dificultad para iniciar el sueño, las dificultades para reanudarlo en caso de interrupción del ciclo del sueño, y el despertar precoz, dejando por tanto a un lado otros problemas tales como las hipersomnias, las alteraciones del ritmo circadiano y las parasomnias.

Los ítems de la escala responden a variables consideradas relevantes para la evaluación de este tipo de trastorno en la literatura científica (Buela Casal y Caballo, 1991; Bueno y Buceta, 1987; Caballo y Buela-Casal, 1990).

- *Latencia inicial de sueño*
- *Frecuencia y duración de vigiliass nocturnas*
- *Despertar precoz*
- *Tiempo total de sueño nocturno*
- *Somnolencia diurna y decremento del rendimiento*
- *Síntomas atribuibles a una alteración del sueño, como la irritabilidad*
- *Percepción subjetiva de la eficacia del sueño.*

En el estudio anterior (Carreras y Carrobles, 2004), la escala ofreció un resultado sobre fiabilidad de $\alpha = 0,82$ y una media global de las puntuaciones de 13,00 ($DT = 6,98$).

En el presente trabajo el resultado de fiabilidad obtenido en la EPS mediante el *alpha* de Cronbach fue de 0,86.

➤ ***Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP).*** Pedrero, Pérez-López, De Enea y Garrido (2005).

Diseñado y validado en población española para pacientes que realizan un tratamiento por abuso o dependencia de sustancias, el cuestionario explora un cierto número de factores denominados por los autores *variables de interacción psicosocial*, tales como autoestima, autoeficacia general, optimismo, locus de control, habilidades sociales, autocontrol y estilos

de afrontamiento al estrés (afrontamiento centrado en la tarea; centrado en la emoción y centrado en el apoyo social). Variables todas ellas, según los autores, vinculadas al estudio de la personalidad y consideradas en el actual trabajo de investigación como posibles competencias de la persona en cuanto a su capacidad para afrontar la retirada de metadona tras un tratamiento sustitutivo, mantener la abstinencia una vez conseguida la desintoxicación y evitar las recaídas. El cuestionario ofrece una doble ventaja respecto a otros instrumentos para la evaluación de las mismas variables, por un lado la mayor rapidez de aplicación a pesar de la exhaustividad de la exploración, también por su validación en población drogodependiente (no exclusivamente diagnosticada con dependencia de heroína y tampoco con tratamiento único de metadona).

El VIP consta de 84 ítems con cuatro opciones de respuesta idénticas para todos ellos: 1= *muy de acuerdo*; 2= *de acuerdo*; 3= *en desacuerdo* y 4= *muy en desacuerdo*. Tienen sentido inverso 38 ítems (4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 24, 28, 29, 31, 40, 41, 44, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 64, 66, 67, 68, 73, 76, 80). Para la corrección de la escala los ítems se tabulan respectivamente con +2, +1, -1, -2. Los ítems no contestados o incorrectos se puntúan con 0.

Los autores han diseñado un sistema de corrección en archivo *Excel* que efectúa automáticamente las modificaciones pertinentes: las puntuaciones se introducen según la escala establecida (de 1 a 4) y el programa corrige los ítems inversos, descuenta los ítems mal respondidos, proporciona las puntuaciones directas para todos los ítems, obtiene las puntuaciones para cada una de las subescalas, proporciona un gráfico y transforma las puntuaciones directas en puntuaciones tipificadas (Media= 50; DT= 10) a partir de las puntuaciones obtenidas en población general.

El estudio realizado por Pedrero *et al.* (2005), señala entre las propiedades psicométricas del cuestionario unos datos de consistencia interna global de $\alpha = 0,93$ y de las escalas que lo componen superiores a 0,80 (entre 0,82 y 0,91), salvo *afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social* ($\alpha = 0,78$) y *locus de control* ($\alpha = 0,65$). También se estudió la validez aparente, de contenido, de constructo, convergente y discriminante, que resultaron adecuadas según los autores.

En la muestra del estudio que presentamos, la fiabilidad (con las puntuaciones tabuladas de 1 a 4) de toda la escala VIP, medida con el *alpha* de Cronbach (N= 78), obtuvo un resultado de 0,94.

Las subescalas mostraron índices de fiabilidad entre $\alpha = 0,72$ y $\alpha = 0,83$.

Subescalas VIP	Nº Ítems	Fiabilidad α
<i>Autoestima</i>	12	0,83
<i>Autoeficacia</i>	9	0,75
<i>Optimismo</i>	11	0,81
<i>Locus</i>	3	0,72
<i>HHSS</i>	10	0,79
<i>Autocontrol</i>	11	0,77
<i>Tarea</i>	11	0,73
<i>Emoción</i>	12	0,73
<i>Apoyo</i>	5	0,82

10.3.1 Protocolo Final: Informe de Desintoxicación de Metadona (IDM).

Fue diseñado específicamente para este trabajo de investigación y en él se recogieron las variables relacionadas con el proceso de retirada de metadona en la fase final de un tratamiento sustitutivo.

Constaba de 20 ítems y una hoja de registro semanal cuantificando la variación de la dosis de metadona suministrada al paciente.

Los dos primeros ítems ofrecían información general para la identificación del paciente. Los dos siguientes sobre la duración del Tratamiento de Mantenimiento con Metadona (TMM) y el número de veces que el paciente había intentado la desintoxicación de metadona con anterioridad al procedimiento actual.

A continuación se exploraba la indicación de la desintoxicación y se tomaba referencia de la dosis de partida en relación a la dosis media mantenida durante el tratamiento sustitutivo.

Las características del procedimiento empleado se recogen en tres ítems y, a continuación se dispone de una tabla para anotar la sintomatología de abstinencia en función de la reducción de dosis realizada.

El informe incluye datos sobre el consumo de drogas durante el procedimiento de retirada y se tienen en cuenta posibles intervenciones de otros profesionales además del médico, concretamente del psicólogo/a o del trabajador/a social y/o educador/a.

Para concluir, se solicita información sobre la finalización del proceso: el motivo, las causas y la posible continuidad de la intervención.

Se establece un periodo de observación de hasta seis meses o finalización del estudio para el registro de recaídas en caso de que éstas se produzcan.

Ambos protocolos del instrumento de evaluación, el inicial y el final, se encuentran recogidos en el Anexo 1 (a y b).

10.4 PROCEDIMIENTO

El proyecto de investigación se elaboró en septiembre de 2006 y los datos se recogieron entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2009; con algunas dificultades en el último semestre debido a los cambios en las nuevas contrataciones de varios centros por parte de la Administración Autonómica que supusieron modificaciones muy importantes en el personal técnico colaborador en el estudio al ser sustituidos por nuevos profesionales. No obstante, se han mantenido contactos recientes con los CAID y ha sido posible actualizar la información más relevante para la investigación.

Los participantes en el estudio provenían de los Centros de Atención Integral de Drogodependencias (CAID) de la red asistencial de la Agencia Antidroga de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y la obtención de los datos fue realizada por médicos y psicólogos de los propios CAID.

10.4.1 Estudio Multicéntrico: Los CAID

En la Memoria de 2006 de la Agencia Antidroga se definen los Centros de Atención Integral de Drogodependencias (CAID) como centros sociosanitarios constituidos según la normativa reguladora repartidos por toda la Comunidad de Madrid para facilitar el acceso de los drogodependientes a los recursos asistenciales. Posteriormente esta categorización se ha modificado en virtud de la Orden 101/2008 de 14 de febrero de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, pasando a ser considerados como Centros Sanitarios.

Los CAID cuentan con servicios gratuitos de carácter ambulatorio y de acceso directo en los que el único requisito para beneficiarse de sus prestaciones es residir en el área de influencia del centro correspondiente. La metodología de trabajo es interdisciplinar. El trabajo se desarrolla en equipo y pueden participar en el proceso terapéutico distintos profesionales tales como médicos, psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, enfermeros, educadores, auxiliares de laboratorio, auxiliares de enfermería, farmacéuticos, terapeutas ocupacionales, abogados, pedagogos y maestros entre otros. Todos los centros disponen de un mínimo de servicios y prestaciones. El equipo básico cuenta en la actualidad con un psicólogo/a, médico/a, enfermero/a, trabajador/a social y educador/a social.

En los CAID se presta un tratamiento de carácter interdisciplinar, integrado e individualizado. La intervención atraviesa diversas fases:

Tabla 23. Servicios y Prestaciones Agencia Antidroga

SERVICIOS	PRESTACIONES
Tratamiento Sanitario	Medicina Enfermería Psicología
Rehabilitación Social	Trabajo Social
Gestión y Administración	Administración

Fuente: Agencia Antidroga. Memoria 2006. Comunidad de Madrid

- Diagnóstico Multiaxial.
- Elaboración de un itinerario de tratamiento personalizado.
- Realización de desintoxicación, si procede.
- Derivación temporal o definitiva del paciente, en su caso, a dispositivos específicos de tratamiento en la Red Asistencial.
- Tratamiento orientado tanto a la remisión o resolución del trastorno de dependencia como a compensar o reforzar las variables de estado de cada paciente.

En 2006, el servicio de tratamiento contaba con las siguientes prestaciones sanitarias y sociales:

- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia grupal.
- Programa de Prevención de Recaídas.
- Seguimiento médico.
- Cuidados sanitarios.
- Prescripción de agonistas/antagonistas.
- Tratamientos directamente supervisados.
- Educación para la Salud.
- Gestión de Prestaciones Sociales.
- Entrenamiento en la Competencia Social para la Inserción.
- Itinerarios formativos prelaborales y de destrezas profesionales para promover la incorporación al mundo laboral.
- Alta en caso de resolución, remisión parcial o completa.

A partir de 2010 La Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid modificó la Cartera de Servicios de los CAID adaptándola a la nueva normativa general de Ordenación de Centros Sanitarios.

En 2006 la Agencia Antidroga contaba con un total de 26 CAID. El procedimiento para obtener la información necesaria de las características los centros y pedir su colaboración en la recogida de datos siguió los siguientes pasos:

10.4.2 Fases y Temporalización:

Fase 1. Coordinación intercentros y planificación de la obtención de los datos:

Septiembre 2006: Presentación del Proyecto de Investigación al Jefe del Servicio de Asistencia y Reinserción de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

Octubre 2006: Reunión informativa con los directores de los CAID sobre el Proyecto de Investigación, convocada por el Jefe del Servicio de Asistencia y Reinserción de la Agencia Antidroga. Solicitud de colaboración en el estudio a los centros convocados.

Obtención de datos de los diferentes centros relativos a:

- Denominación del Centro
- Ubicación
- Dependencia Administrativa
- Composición del equipo técnico
- Titulación del Director del Centro
- Nº de pacientes en programa de metadona a 31 de octubre de 2006
- Servicios ofertados (disponibles) en programa de metadona.

Los datos se solicitaron a los directores de los centros con posterioridad a la reunión informativa, mediante una hoja de registro a través del correo electrónico (Anexo 2). Se obtuvieron datos de 24 centros. Dos centros no aportaron información (Majadahonda y Mejorada del Campo).

Denominación del Centro:

- | | |
|----------------------|-------------------------------|
| 1. ALCALÁ DE HENARES | 13. FUENLABRADA |
| 2. ALCOBENDAS | 14. GETAFE |
| 3. ALCORCÓN | 15. LEGANÉS |
| 4. ARANJUEZ | 16. MANCOMUNIDAD LOS PINARES |
| 5. ARGANDA DEL REY | 17. MÓSTOLES-CAID |
| 6. COLLADO VILLALBA | 18. PARLA |
| 7. COLMENAR | 19. S. FERNANDO DE HENARES |
| 8. COSLADA | 20. S. SEBASTIÁN DE LOS REYES |
| 9. CTD ANTONIO LÓPEZ | 21. SAN BLAS-CAID ESTE |
| 10. CTD MORATALAZ | 22. TETUÁN-CAID NORTE |
| 11. CTD MÓSTOLES | 23. TORREJÓN |
| 12. DOCTOR SANTERO | 24. USERA-CAID SUR |

Tabla 24. Ubicación CAID Estudio

Municipios C. de Madrid	18
Ciudad de Madrid	6

Tabla 25. Dependencia Administrativa CAID Estudio

Administración Local	17
Administración Autonómica	7

La totalidad de los centros que informaron disponían en 2006 de asistencia psicológica y trabajo social. Sólo uno de los centros no contaba con asistencia médica propia y tampoco de enfermería. La asistencia de enfermería faltaba además en otro de los centros.

Tabla 26. Equipo Técnico CAID Estudio

CAID	Médicos	Psicólogos	DUEs	T. Social.	Educad.	Otros	TOTAL
Alcalá	3	3	2	1	2	1	12
Alcobendas	1	2	1	1	1		6
Alcorcón	2	5	3	1	1	1	13
Aranjuez	2	2	1	1			6
Arganda	1	2	1	1			5
Collado V.	1	4	1	1	1		8
Colmenar	1	2		1		1	5
Coslada	1	3	1	1	1		7
CTD A. López	3	1	1	1	1	1	8
CTD Moratalaz	4	2	1	2	1	5	15
CTD Móstoles	3	2	2	3	2	4	16
D. Santero	5	3	2	3	1	3	17
Fuenlabrada	2	2	2	2		1	9
Getafe	2	6	2	3	2	1	16
Leganés	2	3	1	2			8
M. Pinares		1		1			2
Móstoles-CAID	2	5	2	2	2	1	14
Parla	2	2	2	2	1		9
San Blas-Este	5	9	5	4	3	11	37
San Fernando	1	1	1	1	1		5
San Sebastián	1	3	1	1		1	7
Tetuán-Norte	3	8	3	4	2	2	22
Torrejón	2	3	2	2	2		11
Usera-Sur	4	8	3	4	2	3	24
TOTAL	53	82	40	45	26	36	282

Estas carencias afectaban en ambos casos a CAID que no dispensaban la metadona en su propio centro, aunque sí prescribían y disponían de dispositivos móviles para la dispensación proporcionados por la Agencia Antidroga o bien habían establecido acuerdos de colaboración con oficinas de farmacia de la localidad; esto ocurría también en otros tres centros más.

Tabla 27. Directores CAID Estudio.

CAID	Médicos	Psicólogos	DUEs	T. Social.	Educad.	Otros
Alcalá		X				
Alcobendas		X				
Alcorcón		X				
Aranjuez	X					
Arganda						X
Collado V.		X				
Colmenar		X				
Coslada		X				
CTD A. López				X		
CTD Moratalaz	X					
CTD Móstoles	X					
D. Santero	X					
Fuenlabrada						X
Getafe		X				
Leganés	X					
M. Pinares				X		
Móstoles-CAID		X				
Parla		X				
San Blas-Este		X				
San Fernando						X
San Sebastián	X					
Tetuán-Norte	X					
Torrejon						X
Usera-Sur	X					
TOTAL	8 (33%)	10 (42%)	0	2 (8%)	0	4 (17%)

La dispensación del clorhidrato de metadona en el propio centro alcanzaba no obstante al 79% del total de CAID que informaron. Del mismo modo, la gran mayoría contaba con servicios de orientación formativo-laboral. Los servicios complementarios, que llegaban a un 37% eran sobre todo asesoría jurídica, atención psiquiátrica y talleres educativos y de ocio y tiempo libre; algunos centros ofertaban terapia ocupacional.

Tabla 28. Servicios ofertados CAID Estudio

CAID	Dispensación	Atención Médica	Atención Enfermería	Atención Psicológica	T. Social	F. Laboral	Otros
Alcalá		X	X	X	X	X	X
Alcobendas	X	X	X	X	X	X	
Alcorcón	X	X	X	X	X	X	X
Aranjuez	X	X	X	X	X	X	
Arganda	X	X	X	X	X		
Collado V.		X	X	X	X	X	
Colmenar		X		X	X		
Coslada	X	X	X	X	X	X	
CTD A. López	X	X	X	X	X	X	X
CTD Moratalaz	X	X	X	X	X	X	
CTD Móstoles	X	X	X	X	X	X	X
D. Santero	X	X	X	X	X	X	X
Fuenlabrada	X	X	X	X	X	X	X
Getafe	X	X	X	X	X	X	X
Leganés	X	X	X	X	X	X	
M. Los Pinares.				X	X		
Móstoles-CAID		X	X	X	X	X	
Parla	X	X	X	X	X	X	
S. Fernando	X	X	X	X	X	X	
San Blas-Este	X	X	X	X	X	X	X
San Sebastián	X	X	X	X	X	X	X
Tetuán-Norte	X	X	X	X	X	X	
Torrejón	X	X	X	X	X	X	
Usera-Sur	X	X	X	X	X	X	
TOTALES: 24	19 (79%)	23 (96%)	22 (92%)	24 (100%)	24 (100%)	21 (87%)	9 (37%)

Los 24 CAID que respondieron a la solicitud de datos en sus respectivos centros informaron de un total de 3.576 pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona a finales del año 2006.

**Tabla 29. Pacientes en tratamiento con metadona.
CAID Estudio**

CAID	<i>Pacientes Informados para el estudio 31/10/2006</i>
Alcalá	250
Alcobendas	94
Alcorcón	80
Aranjuez	97
Arganda	63
Collado V.	89
Colmenar Viejo	36
Coslada	47
CTD A. López	117
CTD Moratalaz	360
CTD Móstoles	203
Doctor Santero	109
Fuenlabrada	135
Getafe	197
Leganés	142
M. Los Pinares	37
Móstoles CAID	119
Parla	81
S. Fernando	34
San Blas- Este	326
San Sebastián	73
Tetuán- Norte	365
Torrejón	160
Usera- Sur	362
TOTAL: 24	3.576

Noviembre 2006: El siguiente paso consistió en determinar los criterios de inclusión y exclusión de personas en el estudio. Además se solicitó a los 24 centros colaboradores:

- Confirmación de su participación en el estudio
- Relación de médicos y/o psicólogos responsables de la obtención de datos

De los 24 centros, se obtuvo respuesta de 16 con un total de 2.710 pacientes en tratamiento con metadona y 41 técnicos, médicos y psicólogos, colaboradores en el estudio de un total de 135

Tabla 30. Técnicos colaboradores Estudio

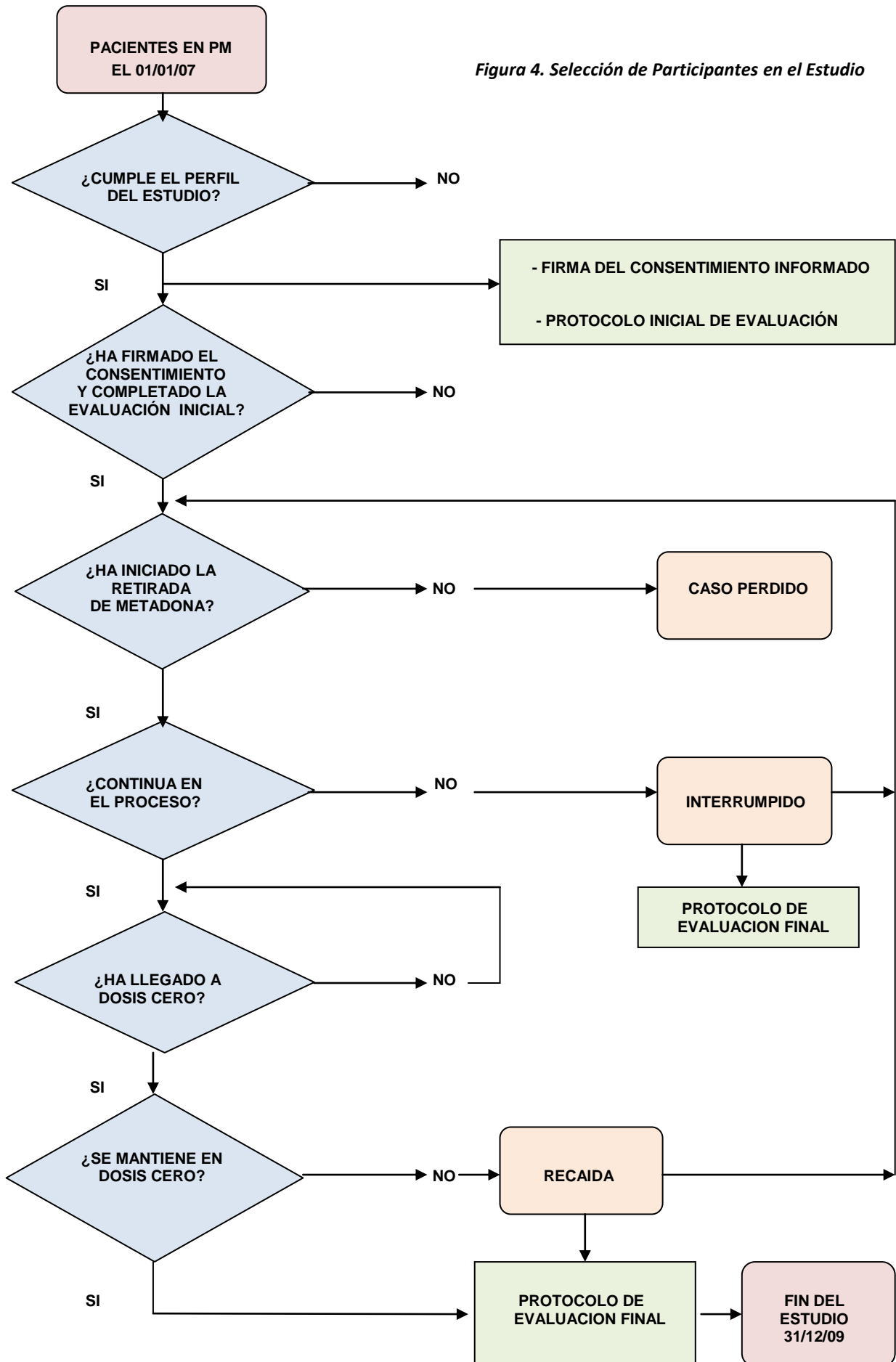
CAID	Pacientes PM el 31/10/2006	Psicólogos Col.	Médicos col.	% Técnicos Cola- boradores
Alcalá	250	2	2	67%
Alcorcón	80	2	1	43%
Aranjuez	97	1	1	50%
Arganda	63	2	1	100%
Collado V.	89	1	1	40%
Coslada	47	1	1	50%
Fuenlabrada	135	2	2	100%
Leganés	142	1	1	40%
Moratalaz	360	2	2	67%
Móstoles-CAID	119	1	1	28%
Parla	81	2	2	100%
San Blas-ESTE	326	1	1	14%
S. Fernando	34	1	1	100%
Tetuán- NORTE	365	1	1	18%
Torrejón	160		1	20%
Usera-SUR	362	1	1	16%
TOTALES	2.710	21	20	30%

Diciembre 2006: Reunión de coordinación previa al inicio de la recogida de datos de los 16 centros dirigida a los técnicos finalmente colaboradores en el estudio. Los principales temas a tratar se centraron en los procedimientos concretos de la recogida de datos:

- Sistema de decisión sobre la inclusión y salida de personas en el estudio: algoritmo
- Protocolo inicial y final del instrumento de evaluación
- Instrucciones para su aplicación
- Registro de datos para las sucesivas observaciones

Se presentó un sistema de toma de decisiones con formato de algoritmo con los sucesivos pasos a seguir, como el momento de la firma del consentimiento informado, la aplicación del protocolo inicial de evaluación y el protocolo final y los criterios en cada paso para considerar su continuidad o su exclusión. Se estableció que en caso de recaída, si el paciente volvía a realizar un intento de desintoxicación, se le reincorporara al estudio, y en caso contrario se procediera a completar el informe de la evaluación final. Se definieron las consideraciones de caso perdido, caso interrumpido y de recaída con vistas a la recogida de datos durante la fase de seguimiento (Véase Figura 4).

Figura 4. Selección de Participantes en el Estudio



- A los pacientes en tratamiento con metadona se les daba entrada en el estudio por orden cronológico una vez determinados los criterios de inclusión. A continuación se procedía a la firma del consentimiento informado y la aplicación del protocolo inicial del instrumento de evaluación. En caso de que uno de ambos documentos no se cumplimentara, se daba salida. Por el contrario, si ambos requisitos se cumplían, se consideraba un **caso** del estudio.
- Si el paciente estaba iniciando o iniciaba a partir de ese momento la desintoxicación de metadona, continuaba en el estudio; en caso contrario se consideraba un **caso perdido**.
- Si el proceso de retirada de metadona finalizaba antes de llegar a dosis cero, se denominaba **caso interrumpido** y debía quedar reflejado en el informe final. Estos pacientes podían reiniciar el proceso de desintoxicación durante el periodo de duración del estudio, aunque ello no suponía repetir el protocolo inicial.
- Una vez lograda la dosis cero de metadona cabía la posibilidad de que se mantuviera abstinente o que recayera en el consumo de heroína. La **recaída** podía suponer el abandono del tratamiento o bien el reinicio del programa de metadona, con posibilidad (en función del tiempo transcurrido y de la finalización del estudio) de repetir el proceso de retirada. Tanto si el paciente se mantenía abstinente, como si había sufrido una recaída o se había llegado al final del periodo de estudio, se procedía a cumplimentar el informe final.

En la reunión de coordinación intercentros también se describieron con detalle los documentos relativos al protocolo inicial de evaluación y se dieron instrucciones precisas para su aplicación (Anexo 1a).

1º Consentimiento Informado

2º Protocolo Inicial

- Datos Generales
- Autoinforme: EDSC; SDS; HAD; PSS-10; EPS; COS; VIP; EGTM
- Observaciones del evaluador (Inicial)

3º Protocolo Final

- Informe sobre la Desintoxicación de Metadona (IDM)
- Registro de reducción de dosis de metadona
- Observaciones del evaluador (Final)

Aunque los colaboradores en la obtención de datos eran médicos y psicólogos experimentados, se consideró conveniente la puesta en común del procedimiento de aplicación del instrumento de evaluación. Una vez explicados los cuestionarios, se estableció el formato estándar de aplicación, con la recomendación de realizar un ensayo previo con al menos 5 personas que no fueran a ser incluidas en el estudio. Del mismo modo se les proporcionó el sistema correspondiente de corrección de los cuestionarios, aunque recordando que para la investigación, no era necesario que realizasen tales correcciones.

Fase 2: Obtención de Datos

Los técnicos colaboradores comenzaron la inclusión de casos en el estudio y la obtención de datos mediante los protocolos establecidos a partir del 1 de enero de 2007. Desde esa fecha y hasta la finalización de esta fase en diciembre de 2009, se realizaron 4 reuniones más de coordinación y seguimiento de la recogida de datos.

Junio 2007. Reunión de seguimiento con el siguiente orden del día:

- Información sobre los centros participantes en el estudio y los técnicos colaboradores.
- Recuento de pacientes incluidos. Incidencias sobre perfiles de inclusión de los participantes en el estudio.
- Recogida de los cuestionarios cumplimentados. Incidencias en el procedimiento de aplicación de los cuestionarios de evaluación.
- Ruegos y preguntas: distribución de hojas de registro para la observación de los participantes en un estudio de supervivencia.

El recuento de casos alcanzó los 47 participantes. Se explicó el objetivo del estudio de supervivencia como un procedimiento para describir las probabilidades de ocurrencia de un evento (interrupción de la desintoxicación de metadona en este caso) y la evolución de la tasa de incidencia. Se consideró que los datos parciales que se fueran facilitando a los técnicos colaboradores en el estudio contribuirían a fomentar su participación, al mismo tiempo que eran de utilidad para los propios fines de la investigación. Se consideró que eran sufi-

cientes tres momentos de observación para no sobrecargar la tarea de los técnicos, e iniciarlo una vez éstos ya se habían familiarizado con el instrumento de evaluación y la dinámica del estudio.

Diciembre 2007. Los datos relativos al primer año del seguimiento del estudio se analizaron en la reunión de coordinación con los técnicos colaboradores, según el siguiente orden del día:

- Actualización de coordinadores y técnicos de los centros colaboradores en el estudio.
- Repaso de los acuerdos y ajuste en la aplicación de los protocolos entre los centros que mandaron datos recogidos durante el periodo 1/1/07 al 30/11/07.
- Recuento de casos incluidos en el estudio

Tabla 31. Recuento de casos incluidos en el Estudio 31/12/2007

CAID	<i>Pacientes en PM el 31/12/2006</i>	<i>Pacientes con criterios de inclusión (31/12/2007)</i>	<i>Pacientes incluidos en el estudio (31/12/2007)</i>	<i>Porcentaje de pacientes sobre población diana (31/12/2007)</i>
Alcalá	250	4	3	50%
Alcorcón	80	6	6	100%
Aranjuez	97	10	2	20%
Arganda	63	2	2	100%
Collado V.	89	3	3	100%
Coslada	47	7	5	71.5%
Fuenlabrada	135	2	0	100%
Leganés	142	17	10	59%
Moratalaz	360	14	2	14.3%
Móstoles-CAID	119	4	2	50%
Parla	81	1	1	100%
San Blas-ESTE	326	12	1	8.3%
S. Fernando	34	7	4	57%
Tetuán- NORTE	365	13	12	92.3%
Torrejón	160	3	2	100%
Usera-SUR	362	10	7	70%
TOTALES	2.710	114	61	56%

Se hizo un breve repaso y ajuste a los instrumentos de evaluación y el procedimiento de aplicación.

Se analizó el resultado del recuento de casos hasta finales de 2007.

La mayoría de los casos que abandonaron, se produjo entre la propuesta a los pacientes a participar en el estudio hasta la firma del consentimiento informado.

Las conclusiones a las que se llegó durante el debate en la reunión apuntaban no tanto a una negativa explícita a participar en la investigación por parte de los pacientes, aunque también se daban esos casos, como a la baja adhesión terapéutica característica de la población de referencia para ajustarse a citas concertadas previamente.

Las más relevantes, en opinión de los asistentes, se resumieron en:

- ✓ Falta de motivación o interés por parte de los pacientes
- ✓ Incompatibilidad horaria o no disponibilidad de tiempo suficiente por parte de los pacientes
- ✓ Acceso reducido de los psicólogos de cada centro a los pacientes en tratamiento con metadona debido a la ausencia de demanda de intervención psicológica
- ✓ Incomodidad y/o falta de confianza por tener que acudir a una cita con un profesional que no es el habitual (cuando la evaluación inicial se realizaba por el psicólogo como estaba recomendado en el protocolo)
- ✓ Dificultades de coordinación entre médico y psicólogo
- ✓ No disponibilidad de otros profesionales alternativos al psicólogo (educador, trabajador social, enfermera/o) e imposibilidad (o resistencia) para realizar la evaluación inicial el propio médico.
- ✓ En centros grandes con un volumen importante de pacientes en tratamiento, la distribución de la actividad asistencial entre varios profesionales y la colaboración sólo de algunos de ellos en el estudio.

Se sugirió como recomendación general, intentar en todos los centros y por parte de los técnicos directamente vinculados al estudio, reducir en la medida de lo posible las cifras de mortalidad, ensayando los procedimientos más oportunos según las circunstancias particulares de cada equipo.

Y en concreto:

- ✓ Mejorando la coordinación entre los técnicos de cada centro.
- ✓ Utilizando el tiempo de dispensación de metadona para la aplicación de los cuestionarios como alternativa a la cita previa.
- ✓ Motivando a los pacientes informándoles de la posibilidad de un diagnóstico más exhaustivo de su problema y una mejor aproximación a la mejora de su calidad de vida.

Junio 2008. Recogida de datos parciales relativos al estudio de supervivencia.

- Información sobre los objetivos del *estudio de supervivencia*
- Distribución de hojas de registro para la observación
- Definición de las variables recogidas

A los técnicos colaboradores se les pedía información sobre los pacientes incluidos en el estudio en relación a las variables de:

- Sexo
- Fecha de nacimiento
- Fecha de ingreso en el programa de metadona del centro
- Fecha de inicio de la desintoxicación de metadona (inclusión en el estudio)
- Estado en el momento de la observación.

La variable *estado* se refería a la situación del paciente en la fecha establecida (31/05/08) respecto al proceso de retirada de metadona, una vez incluido en el estudio. Como ya se había especificado anteriormente, la variable *estado* estaba categorizada en:

- *Interrumpido*: retorno a dosis superiores o más de seis meses con la misma dosis.
- *Continúa*: se mantiene en el proceso de retirada de metadona
- *Dosis cero*: Ha llegado y se mantiene en dosis cero sin reiniciar PM
- *Recaída*: Ha llegado a dosis cero pero no se mantiene por recaída (reinicio o abandono del PM)
- *Perdido*: Ha salido del estudio por diferentes motivos.

Las otras variables se recogieron para poder realizar una primera aproximación al carácter predictivo de las mismas, que resultó no significativa en los tres casos. El sexo, la edad y la permanencia en el programa de metadona no están contempladas como variables predictoras en la hipótesis general del estudio, pero al no disponer de todos los protocolos

complimentados en ese momento, eran los datos más fáciles de recoger por los centros y se podía dar una mayor probabilidad de respuesta.

Aún así, la recopilación de esta información resultó muy laboriosa, y no se completó hasta prácticamente finales del año 2008, sin dar tiempo a la elaboración del informe pertinente previo a la siguiente reunión de coordinación, por lo que ésta se demoró hasta marzo de 2009.

Marzo 2009. Última reunión de coordinación con los técnicos colaboradores de los CAID.

Su contenido:

- Información de los resultados del estudio de supervivencia realizado con fecha 31/05/2008 (Véase Anexo 3)
- Planificación de la finalización del periodo de obtención de datos.

Tabla 32. Total recuento final de casos incluidos en el Estudio.

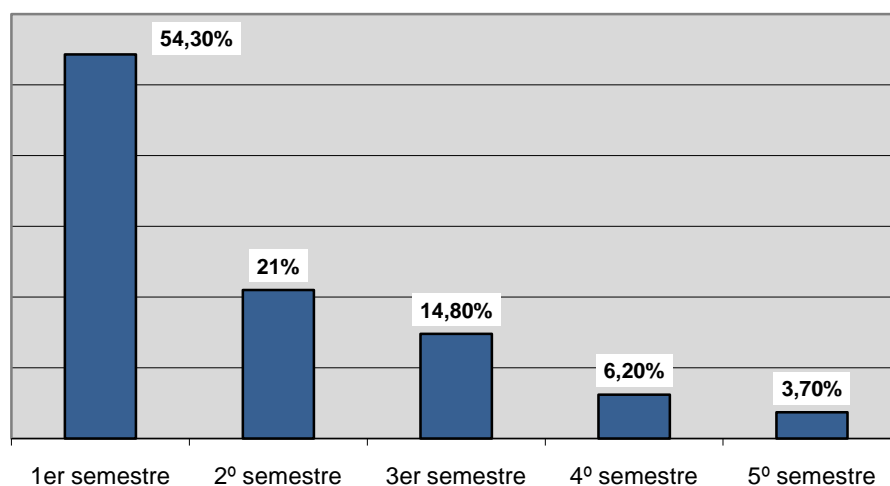
CAID	<i>Junio 2007</i>	<i>Diciembre 2007</i>	<i>Mayo 2008</i>	<i>Diciembre 2008</i>	<i>Junio 2009</i>
Alcalá	1	2	3	3	3
Alcorcón	6	6	6	6	6
Aranjuez	2	2	4	4	4
Arganda	2	2	2	2	2
Collado V.	3	3	3	3	3
Coslada	4	5	7	7	7
Fuenlabrada	0	0	0	0	0
Leganés	9	10	10	11	11
Moratalaz	1	2	3	3	3
Móstoles- CAID	2	2	3	3	3
Parla	0	1	2	2	2
San Blas-ESTE	1	1	1	1	1
S. Fernando	3	4	7	10	10
Tetuán- NORTE	11	12	12	13	16
Torrejón	1	2	2	2	2
Usera-SUR	1	7	8	8	8
TOTALES	47	61	73	78	81

La fecha final de la fase de obtención de datos se tuvo que adelantar al 30 de junio de 2009, debido a importantes modificaciones de carácter técnico que se iban a producir en los centros y equipos de los CAIDs por el cambio de las adjudicaciones de los servicios y la aplicación de nuevas normativas que podían afectar a los colaboradores del estudio. No obstante, se dejó abierto un periodo de actualización de los datos obtenidos hasta diciembre de 2009, aunque no se incluyeron ya casos nuevos.

El periodo para recoger los protocolos se estableció a partir de junio de 2009. En esa fecha, un centro y sus dos técnicos correspondientes se habían retirado del estudio y el total de casos registrados era de 81 pacientes. En total se realizaron 5 recuentos a lo largo de los 30 meses de la fase de recogida de datos.

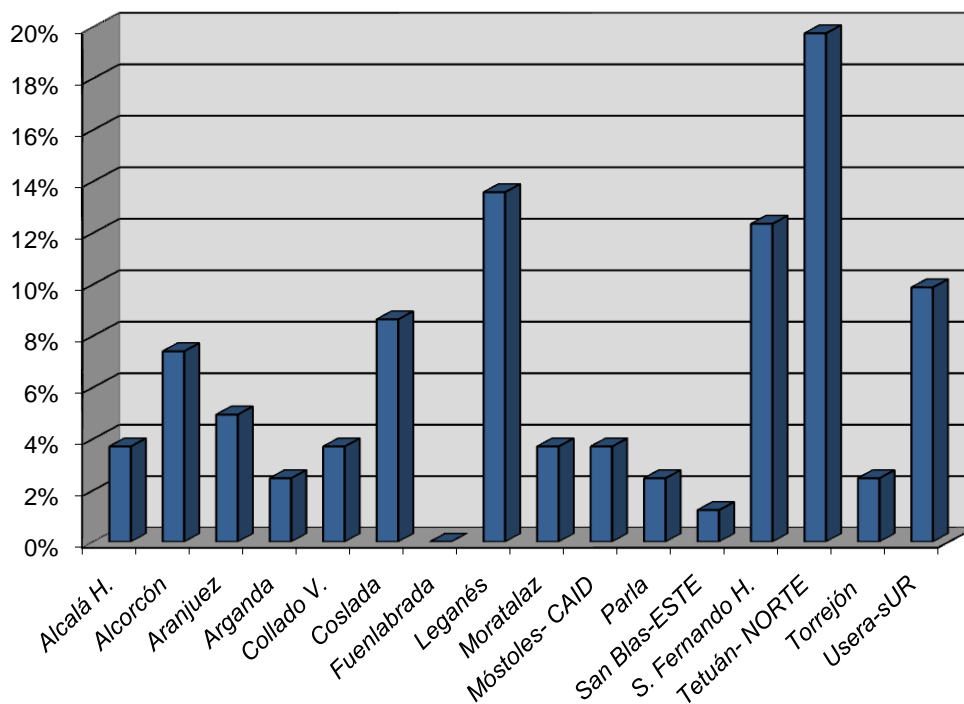
El mayor volumen de casos se incorporó al inicio del estudio.

Gráfico 16. Inclusión temporal de casos. N=81



La distribución de los porcentajes de aportación de casos entre los 16 centros colaboradores se puede apreciar en el gráfico 17. El número de casos aportados oscila entre 1 (CAID Este) y 16 (CAID Norte).

**Gráfico 17. Casos aportados por los CAID
colaboradores en el estudio (N=81)**



Toda la información sobre los centros colaboradores y la coordinación entre ellos y la Agencia Antidroga para la recogida de datos de este estudio, se encuentra recogida en el Anexo 2.

10.5. PLAN DE ANÁLISIS

El análisis se realizó de forma exhaustiva. La explotación de los datos siguió una secuencia lógica guiada en cada paso por los resultados obtenidos en el paso anterior. Se inició con una descripción pormenorizada de todas las variables incluidas en el diseño y con un análisis de supervivencia al tratarse de un estudio de seguimiento. A continuación se procedió a explorar la relación entre la variable objeto de estudio, es decir el resultado de la retirada de metadona en pacientes que habían finalizado el TMM y el resto de las variables consideradas de interés, mediante un análisis bivalente. En función de los resultados se realizó un análisis multivalente siguiendo un procedimiento de regresión logística que permitió establecer un modelo predictivo del éxito en la desintoxicación de metadona. Finalmente se exploraron, a través de un análisis de regresión múltiple, las variables relacionadas con el estrés percibido, ya que esta variable se había reflejado en el anterior análisis como un importante factor psicológico, predictor de la efectividad en la desintoxicación de la retirada de metadona.

10.5.1 Análisis Descriptivo

El primer nivel de análisis consistió en la descripción de las características sociodemográficas y clínicas de los participantes en el estudio, así como de las variables del tipo de tratamiento de mantenimiento de metadona (TMM) que los pacientes habían seguido en sus respectivos centros asistenciales. El análisis descriptivo también se efectuó sobre las variables que informaban del proceso particular de retirada de la metadona al finalizar el TMM y del resultado de dicha intervención. Para ello se emplearon los parámetros indicados a tal fin, como la media aritmética y desviación típica en variables cuantitativas y las frecuencias relativas y absolutas en el caso de las variables categóricas.

En la descripción de las variables personales se analizaron con detalle las puntuaciones obtenidas en los diferentes cuestionarios o escalas del instrumento de evaluación utilizado, con objeto de contar con una aproximación diagnóstica a posibles trastornos o alteraciones conductuales de interés para los objetivos del estudio: la HADS, como indicador para el diagnóstico de ansiedad y/o depresión; la PSS (versión 10 ítems) para establecer el grado de estrés percibido por los participantes; el COS y la EPS para el insomnio, y la SDS para estable-

cer una posible adicción a benzodiacepinas. Además de analizar medias y desviaciones típicas, se tuvieron en cuenta los puntos de corte para establecer los posibles diagnósticos clínicos en aquellos cuestionarios en que los autores o estudios previos con suficiente evidencia empírica los habían determinado. En caso contrario, se calcularon los percentiles correspondientes a la muestra estudiada. También fueron exploradas las diferencias de puntuaciones en función del sexo.

Un caso particular lo supuso el cuestionario de *Variables de Interacción Social* (VIP), compuesto por nueve subescalas, aplicado en este estudio como medida de posibles competencias facilitadoras de la prevención de recaídas. Los autores (Pedrero et al, 2005), diseñaron y nos facilitaron un programa informático para la corrección e interpretación de los resultados que permitió, además de todos los análisis aplicados al resto de cuestionarios, elaborar un perfil *cuasi-individualizado* del conjunto de los participantes en la investigación. Teniendo en cuenta el elevado porcentaje de hombres (74%) y la ausencia de diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en el VIP entre hombres y mujeres en la mayoría de las subescalas, se pudo considerar a todos los participantes en el estudio como una muestra homogénea y aplicar el método propuesto por Gough (1987), de la “cuasi-individualización”, para obtener el perfil de un participante prototípico a partir de las respuestas de todo el grupo. Aplicando dicho procedimiento se seleccionó, para cada ítem de la escala, la opción de respuesta (MA-A-D-MD) con un porcentaje igual o superior al 50% entre el conjunto de pacientes. En el caso de que ninguna de las opciones hubiera alcanzado el 50%, se recurrió a la de mayor porcentaje, considerando las respuestas inmediatamente anteriores o posteriores (MA-A; D-MD). Cuando el resultado para las dos supuestas opciones de respuesta fue idéntico (ítem 72), se optó por la puntuación neutra (0), propuesta por los autores de la escala ante las no respuestas o doble respuesta en un mismo ítem (Pedrero et al., 2005).

Finalmente se estudió la posible asociación entre las puntuaciones alcanzadas en los diferentes cuestionarios de evaluación y entre estas puntuaciones y otras variables personales registradas en el Autoinforme.

- a) La prueba estadística aplicada para determinar la posible relación significativa entre las puntuaciones de los cuestionarios, fue el coeficiente de correlación de Pearson (r_{xy}).
- b) El índice Kappa (K_p) se calculó para observar la concordancia entre las puntuaciones alcanzadas en los instrumentos de medida del HAD, PSS-10, COS, EPS y la información subjetiva aportada por los participantes en el Autoinforme sobre los mismos trastornos.
- c) Las correlaciones entre las puntuaciones en los cuestionarios y el consumo de sustancias (variables con las categorías de frecuencia de consumo ordenadas), fueron analizadas con la prueba *rho* de Spearman.

10.5.2 Análisis de Supervivencia

En el nivel analítico, orientado a la comprobación de las hipótesis planteadas en la investigación, se procedió en primer lugar a estimar el tiempo de participación de los pacientes en el estudio. Las técnicas de análisis de supervivencia empleadas permitieron determinar la duración del proceso de retirada de metadona en los dos momentos observados (el logro de dosis cero y el mantenimiento de la abstinencia durante el post-tratamiento). Se estableció a continuación la relación entre el tiempo de supervivencia y el conjunto de variables estudiadas.

El análisis de supervivencia se consideró apropiado para analizar respuestas binarias en estudios de seguimiento. Cada participante fue seguido durante un determinado periodo de tiempo (que fue desigual para cada caso), durante el que se registró el intervalo de tiempo transcurrido desde el evento inicial (inicio de la reducción de dosis de metadona) hasta el evento terminal (interrupción de la desintoxicación de metadona o recaída tras dosis cero) o hasta el final del estudio. El objetivo era describir las probabilidades de ocurrencia y la evolución de la tasa de incidencia de dicho evento (tasa de riesgo) a lo largo del seguimiento.

En el trabajo de investigación presentado, el periodo de seguimiento se estableció desde la fecha de inicio del estudio el 1 de enero de 2007, hasta el 31 de diciembre de 2009,

momento en el que se dejaron de registrar los datos¹. Los participantes se fueron incorporando progresivamente, de forma que la fecha de entrada de cada uno de ellos no coincidió necesariamente con la fecha de inicio del estudio. El periodo de seguimiento de cada participante finalizó en el momento de la aparición del evento terminal. Se consideró un solo estado terminal en cada análisis, pero para el conjunto de la muestra se realizaron tres análisis según tres posibles eventos terminales: *dosis cero*, *interrupción* y *recaída*. En cada análisis se tuvieron en cuenta los participantes cuyo estado no había presentado el evento terminal (tiempos censurados) y los casos perdidos (Tabla 33).

Tabla 33. Criterios para el análisis de supervivencia de los participantes en el estudio

INCLUIDOS A partir de 01/01/2007	EVENTO INICIAL	EVENTO TERMINAL Ultima Observación (Hasta 31/12/2009)	TIEMPO DE SUPERVI- VENCIA
Cumplen perfil y Firman consentimiento informado	Evaluación + Inicio reducción dosis de metadona	Casos perdidos	
		Interrupción de la des- intoxicación Logro de dosis cero Recaída tras logro de dosis cero	Tiempos completos
		Continúa proceso des- intoxicación. Continua abstinente tras dosis cero	Tiempos censurados (incompletos)

En el análisis para cada evento terminal se estimó la *función de supervivencia* (probabilidad de que un individuo sobreviva durante un intervalo de tiempo determinado). El método de estimación de los tiempos de supervivencia seleccionado fue el de Kaplan-Meier, que permitía seguir la función de supervivencia para cada momento puntual. También se utilizó el método actuarial para las tablas de *densidad de supervivencia* (estimación por intervalos de tiempo). Se estimó además la *función de riesgo* (función de impacto o tasa de impacto), para determinar la probabilidad condicionada por unidad de tiempo que tenía un individuo de abandonar (“fallecer”, en la terminología del análisis de supervivencia), en un momento determinado del seguimiento. Con los datos agrupados en intervalos, la función

¹ A finales de noviembre de 2011 se registró el estado actualizado de los participantes en el estudio, pero esta información no estaba incluida en el periodo de seguimiento del análisis de supervivencia.

de riesgo indicó la *tasa relativa media de incidencia* de abandonos (“muertes”), como el evento terminal.

Finalmente se compararon curvas de supervivencia entre grupos de pacientes para estudiar la significación de la diferencia de proporciones y determinar el intervalo de confianza, que podía ofrecer un dato sobre el tamaño del efecto de la diferencia. Teniendo en cuenta que el tamaño de la muestra no era lo suficientemente grande, los resultados se valoraron orientativos para los análisis posteriores. Se aplicó la prueba de Mantel-Cox (*Log Rank test*), equivalente a la prueba de *Chi-cuadrado*, para las tablas de contingencia en las curvas de supervivencia. Esta prueba comparó el número de interrupciones observadas en cada uno de los grupos con el número de interrupciones esperado, en el caso de que los abandonos (“mortalidad”) fueran los mismos en todos los grupos (hipótesis nula).

10.5.3 Análisis Bivalente

Para la exploración de la posible asociación entre las diferentes variables del estudio y los resultados del proceso de retirada de metadona, primero en cuanto al logro de dosis cero y en un segundo momento, de la evolución durante el post-tratamiento, se realizaron análisis estadísticos de comparación de medias cuando se trataba de variables cuantitativas y de comparación de proporciones en el caso de variables categóricas.

Siguiendo las recomendaciones recientes (Wilkinson y APA-*Task Force on Statistical Inference*, 1999; APA, 2001), se exploró la potencia del efecto, utilizando el estadístico *d* de Cohen (1988), dada la significación estadística del análisis de la potencia del efecto en los análisis que se realizan en el ámbito de la Psicología. En las comparaciones de medias, el tamaño del efecto estima la magnitud y relevancia del resultado obtenido. Cuando el tamaño de las muestras es igual, el coeficiente *d* se calcula con la fórmula (Cohen, 1988): $d = (M_1 - M_2) / [(dt_1 + dt_2)/2]$, siendo los subíndices 1 y 2 los valores correspondientes a las medias comparadas. Cuando el tamaño de las muestras no es igual, el coeficiente *d* se calcula con la fórmula (Cohen, 1988): $d = (M_1 - M_2) / \sqrt{[(N_1 - 1) dt_1^2 + (N_2 - 1) dt_2^2] / (N_1 + N_2 - 2)}$, siendo los subíndices 1 y 2 los valores correspondientes a las medias comparadas. Cohen (1988), propuso unos valores de referencia para la interpretación de la magnitud de *d* en el ámbito de la

Psicología y las Ciencias Sociales. Estos valores establecen que un valor de 0,2 corresponde a un tamaño de efecto pequeño, 0,5 a una potencia de efecto moderada y 0,8 a una potencia de efecto elevada. Aunque estos valores deben ser interpretados en el contexto concreto de las diferentes áreas de conocimiento y no deben ser considerados como criterios heurísticos, nos servirán de referencia para la interpretación de los valores de d obtenidos en este estudio.

En los análisis se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas. En variables cuantitativas la prueba de significación informada fue la *prueba t de Student de comparación de dos medias*, comprobando el supuesto de la homogeneidad de varianzas con la *prueba F de Snedecor*. Estos resultados siempre se corroboraron empleando además la alternativa no paramétrica, que no se informa en este trabajo por motivos de brevedad.

En variables categóricas la prueba utilizada fue la *prueba de Chi-cuadrado*.

La prueba no paramétrica *U de Mann-Whitney* se aplicó en el caso de variables categóricas ordenadas (frecuencia de uso de servicios del TMM) y para variables categóricas binarias con distribución poco equilibrada (lugar de recogida, servicio psicológico, servicio sanitario). También en algunas variables cuantitativas (años de permanencia en TMM), por presentar una distribución asimétrica.

El resultado de las pruebas de significación se ha interpretado en función del rechazo de la hipótesis nula que considera que no hay diferencia entre las medias o las proporciones de los grupos comparados. La presencia de significación se consideró bilateral para $p < 0,05$. La magnitud del efecto también se ha estimado a través de los intervalos de confianza (mayor efecto cuando el intervalo de confianza es más estrecho). En la valoración de los resultados se ha tenido en cuenta el tamaño de la muestra del estudio ($N = 81$).

Se efectuaron correlaciones lineales para estimar la covariación de variables continuas.

Las variables analizadas fueron pertinentemente transformadas (calculadas o recodificadas) de los datos originales registrados, según el tipo de exploración conveniente para

cada análisis efectuado. Los resultados más relevantes se han presentado con tablas resumen y con gráficos para facilitar la interpretación de los datos.

10.5.4 Análisis Multivariante: Modelo de Regresión Logística

En el nivel inferencial del análisis de datos, se procedió a realizar un análisis multivariante a partir de los resultados estadísticamente significativos obtenidos en el análisis bivariante. El procedimiento elegido fue la regresión logística, que permitió relacionar la respuesta binaria (dosis cero – interrupción) con el resto de variables cuantitativas y categóricas adecuadamente codificadas. La estimación del modelo también facilitó la realización de predicciones y la medida de su poder predictivo a través del área contenida bajo la curva ROC.

En el modelo de la regresión interviene una variable dependiente (respuesta, resultado o criterio) y una o más variables independientes (predictores, factores de riesgo/protección). En comparación con otras técnicas como el análisis discriminante, la regresión logística es más robusta porque requiere menos supuestos. Aplicado a las Ciencias de la Salud, es el método de elección en todas aquellas investigaciones cuyos predictores, como en nuestro caso, sean una mezcla de variables categóricas y cuantitativas (Doménech y Navarro 2008b).

Los parámetros de los modelos logísticos se estimaron mediante las pruebas de bondad de ajuste, de significación global y de validez predictiva.

1. Bondad de ajuste del Modelo

La valoración del ajuste del modelo se determinó por tres estadísticos que indicaron la proporción de la varianza explicada.

- *La verosimilitud* del modelo cuando sólo contiene el término constante (B_0), que indicó un mejor ajuste cuanto más próximo es a cero.
- *El coeficiente de determinación* (R^2) de Cox y Snell y su corrección
- *El coeficiente de determinación* (R^2) de Nagelkerke, cuyo mejor ajuste se expresa por su proximidad a uno.

2. Significación del Modelo

La significación de los parámetros del modelo fue estudiada con el estadístico de Wald, que sigue una ley de *Chi-cuadrado* con 1 grado de libertad y con la prueba de razón de verosimilitud (LR: *Likelihood Ratio*), más potente que la anterior, especialmente cuando el valor del parámetro β se aleja de cero.

- *La prueba de Wald*, a través de su coeficiente β (estadístico de Wald), sigue una ley de *Chi-cuadrado* con 1 grado de libertad. La interpretación de los coeficientes estimados se efectúa a través de la transformación en odds del modelo. El parámetro e^{β} o razón de las ventajas (*odds ratio*), es el factor por el cual se multiplica la *odds* (ventajas) de la respuesta (Y) cuando la variable predictora X se incrementa en 1 unidad. Un valor superior a 1 ($\beta > 0$), indica que el factor X (variable predictora) incrementa el riesgo (o protección) de la respuesta Y= 1. Un valor menor que 1 ($\beta < 0$), indica que el factor X (variable predictora) decrementa el riesgo (o protección) de respuesta la Y= 1.
- *La prueba de razón de verosimilitud*: consiste en comparar el mismo parámetro ($-2\ln LR$) entre el modelo estimado con las variables predictoras y el modelo que solo contiene la constante. La comparación en muestras grandes sigue una ley de *Chi-cuadrado* con p grados de libertad, siendo p el número de variables predictoras.

3. Validez predictiva del Modelo

Fue medida por los parámetros de sensibilidad y especificidad y el área bajo la curva (ABC) ROC en la clasificación de los casos.

- *Clasificación de los casos*: La ecuación de regresión logística se puede contemplar como una prueba diagnóstica y considerar *la sensibilidad y la especificidad* como medidas de la validez predictiva del modelo. La discriminación es una forma de evaluar el modelo a través de su capacidad para distinguir los participantes que presentan el evento (Y= 1) de los que no lo presentan (Y= 0). La tabla de clasificación, también denominada *matriz de confusión*, ofrece una clasificación de los casos basada en los pronósticos del modelo.

En la interpretación de los datos de la tabla debe tenerse en cuenta que una ecuación sin poder de clasificación tiene una especificidad, sensibilidad y total de clasificaciones correctas del 50%. El poder de clasificación es aceptable (aunque el umbral puede ser modificado según el objetivo concreto de la clasificación), si la especificidad y la sensibilidad superan el 75%; solo en este caso el porcentaje de clasificaciones correctas puede ser considerado como un índice resumen de su poder de clasificación (Doménech y Navarro, 2008b).

- *El Área Bajo la Curva (ABC)*, cuya estimación no paramétrica representa una medida del poder de discriminación del modelo. Un área próxima a uno, indica que el modelo logístico explorado clasifica de forma satisfactoria a los participantes según la variable dependiente o respuesta (Y).

El procedimiento ROC del sistema SPSS-15 estima la curva ROC y calcula su área con el intervalo de confianza. Este procedimiento es especialmente útil para comparar el poder de clasificación de diferentes modelos ajustados. En términos generales se puede afirmar que el mejor modelo es el que le corresponde mayor área cuyo valor máximo es = 1 (Doménech y Navarro, 2008b).

El método de análisis de regresión logística efectuado en nuestro estudio consistió en la exploración de varios modelos logísticos, tres de ellos introduciendo en la ecuación sólo las variables correspondientes a cada una de las tres categorías establecidas en el estudio: variables personales, variables del tratamiento de mantenimiento con metadona y variables del proceso de desintoxicación de metadona. En el cuarto modelo se introdujeron las variables relevantes de las tres categorías en una sola ecuación.

A continuación se exploraron posibles interacciones entre las variables predictoras del modelo global, introduciéndolas en una ecuación conjunta con todas ellas para comprobar si mejoraba su validez predictiva.

A este modelo máximo se le aplicó un procedimiento de selección de las variables predictoras a partir de todas las posibles ecuaciones, teniendo en cuenta el principio jerár-

quico y los intereses teóricos de la investigación. Para ello se utilizó el *script AllSetsLR* (Doménech y Navarro, 2008b).

En este procedimiento facilitado por los autores, la selección se realiza construyendo en primer lugar todos los modelos con 1 término, después todos los modelos con 2 términos y así sucesivamente hasta el modelo máximo que contiene todos los términos. Para cada subconjunto con un mismo número de términos sólo se listan los 10 mejores modelos según varios criterios:

- El criterio C_p o criterio de Mallows, que se interpreta en sentido de que los modelos con valores $C_{p=q+1}$, son candidatos a mejores modelos (siendo q el número de predictores).
- El Área Bajo la Curva ROC (ABC), que cuanto más se aproxime a 1 mayor es la validez predictiva del modelo.
- La prueba de verosimilitud, $(-2LL)$, donde los valores próximos a cero indican un mejor ajuste del modelo.
- La Sensibilidad y la Especificidad (Se , Sp) del modelo que clasifican a los participantes en función de la variable respuesta, con mayor poder de clasificación cuanto más se aproximen al 100%.

Posteriormente se interpretaron los parámetros del modelo seleccionado o Modelo Final en función de los coeficientes β y EXP (β), teniendo en cuenta su valor como factores de riesgo o factores de protección para el logro de la respuesta, que en el caso del estudio presentado era el logro de dosis cero en el proceso de desintoxicación de metadona realizado por los participantes tras un tratamiento de mantenimiento sustitutivo.

En la valoración final, además de la precisión con la que el modelo consiguió discriminar entre los casos de las dos categorías en que se divide la variable dependiente y el grado de ajuste entre los valores observados y los pronosticados, se procedió a comprobar los supuestos del modelo: tamaño de la muestra, independencia de los errores, linealidad, ausencia de colinealidad y la presencia de posibles valores atípicos.

10.5.5 Análisis Multivariante: Modelo de Regresión Lineal

El método de regresión lineal fue aplicado a la estimación del *estrés percibido*. El interés por realizar este análisis se debió al resultado obtenido en el análisis de regresión logística anterior donde el estrés percibido emergió como un importante factor psicológico con capacidad predictiva del logro de dosis cero.

Las variables que interesaba estimar, como predictoras del nivel de estrés para los objetivos del estudio, fueron todas las variables personales incluidas en el diseño que habían mostrado su relación con el resultado del proceso de retirada de metadona. El procedimiento de regresión lineal fue el seleccionado para ello al tratarse de variables cuantitativas, tanto la variable dependiente (estrés percibido) como la mayoría de las independientes, cuyos datos se habían obtenido mediante la aplicación de los cuestionarios del instrumento de evaluación utilizado. Algunas variables independientes categóricas recogidas en el Autoinforme se recodificaron en variables binarias para poder ser incluidas en el análisis, que también permite su exploración.

La regresión lineal utiliza el procedimiento matemático de mínimos cuadrados para hallar la ecuación de la recta que mejor se ajuste a los datos (denominada recta de regresión) (Doménech y Navarro, 2008c). El análisis de regresión lineal, además de demostrar la relación lineal entre dos variables tiene valor inferencial, lo que permite evaluar si en la población de referencia las variables están relacionadas linealmente y en caso afirmativo estimar los parámetros de la recta de regresión que mejor predice los valores de la variable dependiente a partir de los valores de las variables independientes o predictoras.

Para la interpretación de la ecuación de regresión lineal se deben tener en cuenta las estimaciones de los parámetros del modelo:

- Los errores típicos de las distribuciones muestrales que estiman la varianza de las distribuciones de la varianza residual.
- El intervalo de confianza de β , que estima el efecto de cada predictor sobre la variable dependiente. En nuestro estudio, por cada unidad que se incrementara la variable predictora, el incremento del nivel de estrés percibido quedaría establecido por el

intervalo de confianza, cuyo valor nunca incluye el 0 cuando las estimaciones de los parámetros de la constante (VI) y la variable predictora (B) son significativas.

- El coeficiente de determinación R^2 , que expresa la proporción de la variación total explicada por la recta de regresión. Sus valores pueden oscilar entre 1 (ajuste perfecto) y 0 (ajuste nulo).

Los parámetros obtenidos en la muestra analizada mediante la ecuación de regresión múltiple (constante para la variable dependiente y B para cada uno de los predictores) son los mejores estimadores lineales de los parámetros α y β de la población siempre que se cumplan los supuestos de:

- Linealidad: las medias de las distribuciones de la variable y condicionadas a los diferentes valores de x están situadas sobre una recta llamada línea de regresión verdadera.
- Homocedasticidad: las variancias de las distribuciones condicionales son todas iguales.
- Autocorrelación: los diferentes valores de la variable independiente no están asociados entre sí.
- Normalidad: las distribuciones condicionales de la variable independiente deben seguir leyes Normales.

Para el conjunto del análisis de los datos, el nivel de significación estadística quedó establecido en el 5%. El tratamiento estadístico se realizó mediante el programa SPSS en su versión 15.

11. RESULTADOS

11.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

11.1.1 Características de la muestra.

La muestra de pacientes que realizó una desintoxicación de metadona tras el tratamiento sustitutivo fue de 81 personas.

La media de edad fue de 42 años, con un predominio de hombres y un nivel de estudios secundarios, aunque también se observó un porcentaje importante de pacientes con nivel de Bachillerato o Formación Profesional. La gran mayoría disponía de un domicilio donde vivir y lo hacía fundamentalmente con su familia de origen.

Casi la mitad de los participantes mantenía una ocupación laboral y unos ingresos que oscilaban entre los 600 € y los 1.500 €. Sólo un 20% tenía alguna incidencia legal en el momento de efectuar el estudio.

Tabla 34. Características Sociodemográficas de la muestra (N= 81)

CARACTERÍSTICAS	N	%	Media	DT
SEXO				
Hombre	60	74,1		
Mujer	21	25,9		
EDAD				
Min.27,51 – Max. 60,69			41,76	6,35
ESTADO CIVIL				
Soltero	40	49,4		
Casado	13	16,0		
Pareja de hecho	12	14,8		
Separado	8	9,9		
Divorciado	8	9,9		
NIVEL DE ESTUDIOS				
Primarios incompletos	4	4,9		
Primarios completos	24	29,6		
Secundarios	29	35,8		
Bachillerato / FP	19	23,5		
Universitarios	4	4,9		
TIPO DE VIVIENDA				
Casa o piso	74	91,4		
Otros	7	8,6		
NUCLEO DE CONVIVENCIA				
Solo	7	8,6		
Familia propia	22	27,2		
Familia de origen	36	44,4		
Amigos o compañeros	5	6,2		
Centro de tratamiento	4	4,9		
Otros	7	8,6		
OCUPACIÓN PRINCIPAL				
Trabajo fijo	22	27,2		
Trabajo temporal	17	21,0		
Paro con prestación	8	9,9		
Paro sin prestación	14	17,3		
Baja por enfermedad	4	4,9		
Incapacidad laboral	13	16,0		
Otros	3	3,7		
INGRESOS				
Menos de 600 €	33	40,7		
Entre 600 y 900 €	19	23,5		
Entre 901 y 1.500 €	20	24,7		
Más de 1.500 €	9	11,1		
SITUACIÓN LEGAL ACTUAL				
Sin incidencias legales	65	80,2		
En espera de juicio	9	11,1		
En libertad provisional	1	1,2		
En cumplimiento alternativo	2	2,5		
Con remisión temporal	1	1,2		
En libertad condicional	1	1,2		
Otros	2	2,5		

En cuanto a las variables clínicas, un 31% de los pacientes presentaban marcadores positivos al VIH y un 64% al VHC. La seropositividad a ambos marcadores se dio en un 22% de los participantes. La mayoría no tomaba medicación y la prescripción más frecuente estaba dirigida a la patología por infección de VIH, que sola o combinada con terapéutica para la Hepatitis C, alcanzaba al 22% de la muestra.

Tabla 35. Características Clínicas de la muestra (N= 81)
Patologías Biológicas

CARACTERÍSTICAS	N	%
ENFERMEDADES		
Ninguna	13	16.0
VHB	4	4.9
VHC	34	42.0
VIH	5	6.2
VHB+ VIH	2	2.5
VHC+VIH	13	16.0
VHB+ VHC+VIH	5	6.2
Otras	5	6.2
MEDICACIÓN		
No toma	50	61.7
VIH	16	19.8
VHC	2	2.5
VIH+VHC	2	2.5
Otras	11	13.6

Tabla 36. Características Clínicas de la muestra (N= 81)
Estados Afektivos.
Toma de psicofármacos

CARACTERÍSTICAS	N	%
ALTERACIÓN EE. AA.		
Ansiedad	32	39.5
Depresión	32	39.5
Insomnio	36	44.4
Irritabilidad	28	34.6
Alimentación	19	23.5
Angustia	7	8.6
Obsesiones	9	11.1
PSICOFÁRMACOS		
No toma	41	50,6
Benzodiacepinas	31	38.3
Antidepresivos	13	16.0
Antipsicóticos	4	4.9
Antiepilépticos	1	1.2

Los participantes informaron también de ciertas alteraciones en los estados afectivos, principalmente los relacionados con la activación emocional. La combinación de ansiedad, depresión e insomnio la refirió el 65,4% del total de la muestra estudiada. Los psicofármacos más utilizados fueron las benzodiacepinas y en un 15% de los casos la combinación de varios de ellos, principalmente ansiolíticos y antidepresivos.

Los datos obtenidos por informe de los propios pacientes acerca del consumo de drogas durante los últimos meses del tratamiento de mantenimiento con metadona (6 meses para la heroína y 3 meses para las otras drogas consumidas), así como el consumo antes de iniciarlo, reflejaron respecto a la heroína, droga principal que motivaba el tratamiento, un elevado porcentaje de pacientes que se mantenían abstinentes y los que consumían lo hacían en su mayoría con baja frecuencia.

La vía fumada para el consumo sigue siendo la más tradicional en la heroína desde que se abandonó el uso de la vía parenteral (que no apareció en ninguno de los consumido-

res de heroína, pero sí en un caso de consumo de cocaína). En el consumo de otras drogas, quedó patente la disminución durante el TMM del consumo de cocaína. La vía de administración preferida para el consumo de cocaína fue la misma que para la heroína, característica muy específica de esta población a diferencia de otros usuarios de cocaína que nunca han consumido heroína. Cánnabis y alcohol también aparecieron con menor frecuencia de consumo aunque la diferencia fue menos importante.

Tabla 37. Consumo de heroína durante el TMM (N= 81)

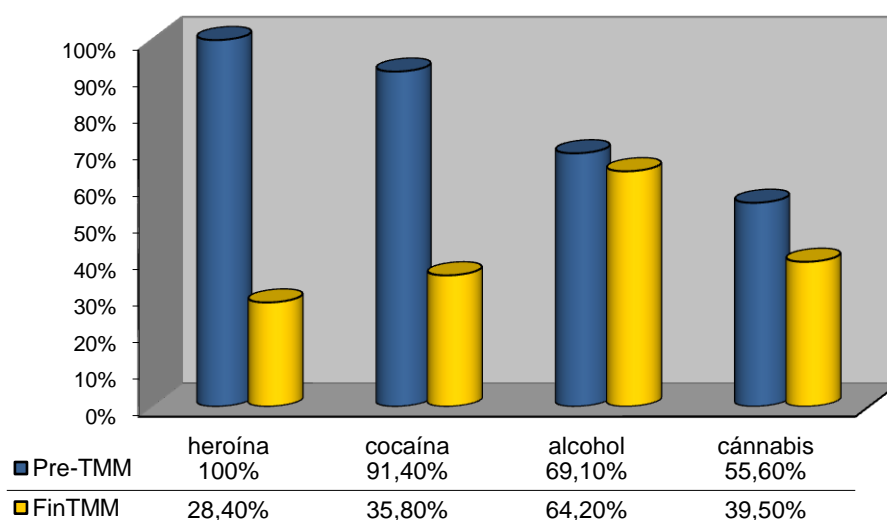
HEROÍNA	N	%	Media	DT
EDAD DE INICIO Min. 11 – Max. 35	80		20,3	5,21
CONSUMO DURANTE TMM				
No consume	58	73.4		
Sí, alguna vez al mes o menos	19	24.1		
Sí, alguna vez a la semana	2	2.5		
VÍA DE ADMINISTRACIÓN				
Fumada en cigarrillo	1	1.3		
Fumada en plata	17	21.5		
Esnifada en polvo	2	2.5		

TABLA 38. Consumo de otras drogas (N=79)

DURANTE EL TMM			ANTERIOR AL INICIO DEL TMM		
SUSTANCIA	N	%	SUSTANCIA	N	%
COCAÍNA			COCAÍNA		
No consume	52	65.8	No consume	7	9.0
Sí, alguna vez al mes o menos	24	30.4	Sí, alguna vez al mes o menos	13	16.7
Sí, alguna vez a la semana	1	1.3	Sí, alguna vez a la semana	6	7.7
Sí, una vez al día o más	2	2.5	Sí, una vez al día o más	52	66.7
VÍA DE ADMINISTRACIÓN CC					
Fumada en cigarrillo	6	7.6			
Fumada en plata	16	20.3			
Esnifada en polvo	4	5.1			
Injectada	1	1.3			
ALCOHOL			ALCOHOL		
No consume	29	37.7	No consume	25	32.5
Sí, alguna vez al mes o menos	19	24.7	Sí, alguna vez al mes o menos	14	18.2
Sí, alguna vez a la semana	17	22.1	Sí, alguna vez a la semana	15	19.5
Sí, una vez al día o más	12	15.6	Sí, una vez al día o más	23	29.9
CÁNNABIS			CÁNNABIS		
No consume	49	62.0	No consume	36	45.6
Sí, alguna vez al mes o menos	13	16.5	Sí, alguna vez al mes o menos	13	16.5
Sí, alguna vez a la semana	2	2.5	Sí, alguna vez a la semana	5	6.3
Sí, una vez al día o más	15	19.0	Sí, una vez al día o más	25	31.6

El gráfico 16 muestra el porcentaje de reducción del consumo a lo largo del TMM en las cuatro sustancias evaluadas: el consumo de heroína se redujo en un 71,6%; el de cocaína en un 55,6%; el de cánnabis un 16,1% y finalmente el alcohol era consumido un 4,9% menos por los pacientes al final del TMM, respecto al periodo anterior a iniciar el tratamiento.

Gráfico 18. Consumo de sustancias antes y al final del TMM. N= 81



11.1.2 Características del Tratamiento de Mantenimiento con Metadona (TMM).

La mayoría de los participantes en el estudio habían realizado algún tratamiento anterior al actual. El tiempo de adicción al iniciar el TMM era superior a los 17 años. Los procedimientos de dispensación parecieron ser muy similares entre los centros colaboradores en cuanto a la frecuencia y el lugar de recogida de la dosis y la realización de controles toxicológicos de orina. La gran mayoría consideraba adecuada la dosis recibida.

En cuanto a la opinión sobre los servicios ofertados durante el TMM, el uso que hacían de ellos y su nivel de satisfacción con los mismos, prácticamente todos los participantes en el estudio conocían la oferta de los servicios de dispensación, médico y de enfermería.

Tabla 39. Características del Tratamiento de Mantenimiento con Metadona (TMM)

Variables	N	%	Media	DT
TIEMPO DE ADICCIÓN Min. 2,32 años – Max. 32,10 años	80		17,684	5,84
AÑOS DE PERMANENCIA Min. 2 meses – Max. 13,50 años	76		4,40	3,07
TRATAMIENTOS ANTERIORES				
Ninguno	80	16,30		
Un solo tipo de tratamiento		26,30		
Dos tipos de tratamientos		17,50		
Tres tipos de tratamientos		15,00		
Cuatro tipos de tratamientos		13,80		
Cinco tipos de tratamientos		11,30		
TIPOS DE TRATAMIENTOS				
Agonistas	80	42,50		
Antagonistas		32,50		
Médico-Farmacológico		66,30		
Psicológico		45,00		
Ocupacional		23,80		
Otros		7,00		
RECOGIDA DOSIS				
Diaria	80	8,80		
2-3 veces en semana		18,80		
1 vez en semana		71,30		
VALORACIÓN DOSIS HABITUAL				
Totalmente adecuada	80	43,80		
Bastante adecuada		43,80		
Excesiva		11,3		
LUGAR DE RECOGIDA DE DOSIS				
CAID		83,80		
Farmacia		13,80		
Metabús		1,30		
FRECUENCIA DETERMINACIONES TOXICOLÓGICAS				
Ninguno	80	15,00		
1-2 al mes		17,50		
3-4 al mes		51,30		
Más de 1 a la semana		12,50		

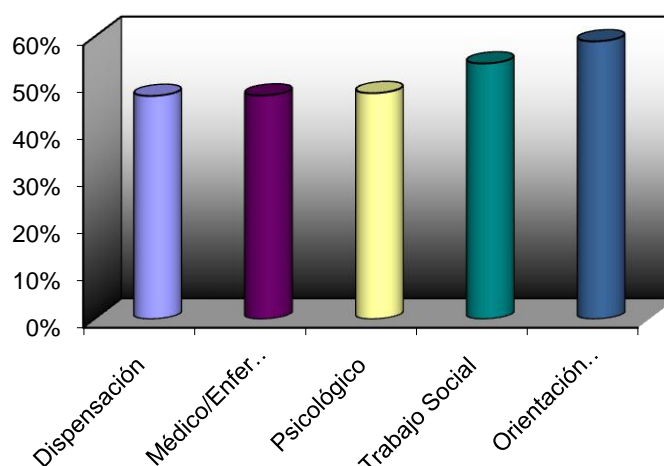
La gran mayoría también estaba informada de la existencia de la consulta psicológica y de atención social. Algo menor era la información o el acceso al servicio de orientación laboral y muy pocos parecían disponer de asesoría jurídica y otro tipo de servicios (maestros, terapeutas ocupacionales, etc.). Los servicios más utilizados fueron, lógicamente el de dispensación de metadona y la atención médica y de enfermería. Les seguían el trabajo social y la atención psicológica y, un poco más distanciado, el de orientación formativa y laboral.

Tabla 40. Cartera de Servicios en los TMM de los CAID colaboradores en el estudio - 2006

SERVICIOS	N	OFERTA	N	USO	N	SATISFACCIÓN
Dispensación	80	100%	78	Nunca 0 < 1/mes 7,7% 1-3/mes 7,7% 1-3/sem 84,6% Diario 0	78	Poco 52,6% Bastante 42,3% Mucho 5,1%
Medico-Enfermería	80	100%	77	Nunca 0 < 1/mes 0 1-3/mes 2,6% 1-3/sem 59,8% Diario 37,7%	78	Poco 52,6% Bastante 44,9% Mucho 2,6%
Psicológico	80	95%	53	Nunca 7,5% < 1/mes 0 1-3/mes 0 1-3/sem 60,4% Diario 32,1%	48	Poco 52,1% Bastante 47,9% Mucho 0
Trabajo Social	80	96,3%	55	Nunca 5,5% < 1/mes 1,8% 1-3/mes 0 1-3/sem 29,1% Diario 63,3%	46	Poco 45,7% Bastante 41,3% Mucho 13%
Orientación Laboral	80	70%	44	Nunca 61,4% < 1/mes 6,8% 1-3/mes 2,3% 1-3/sem 15,9% Diario 13,6%	17	Poco 41,2% Bastante 41,2% Mucho 17,6%
Asesoría Jurídica	80	12,5%	0	Nunca 100% < 1/mes 1-3/mes 1-3/sem Diario		Poco Bastante Mucho
Otros	80	6,3%	81	Nunca 96,1% < 1,3% 1/mes 0 1-3/mes 0 1-3/sem 2,6% Diario 0	3	Poco 3,7% Bastante Mucho

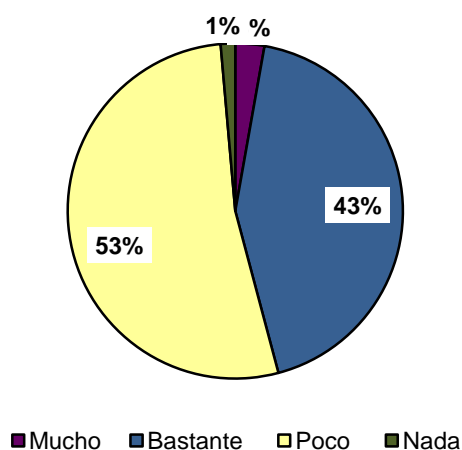
Los servicios mejor valorados en cuanto a la satisfacción de sus usuarios fueron los de contenido social. El servicio de dispensación fue con el que los usuarios se mostraron menos satisfechos (Véase *Tabla 40* y *Gráfico 19*).

Gráfico 19. Satisfacción con los Servicios del TMM.



Finalmente se obtuvieron datos recogidos en el autoinforme sobre la valoración subjetiva de

Gráfico 20. Efectividad del TMM. N= 80



los participantes en cuanto a la efectividad del tratamiento de mantenimiento con metadona y también sobre los inconvenientes y las ventajas que se planteaban ante la retirada de metadona, así como el grado de temor que podían sentir al iniciar dicho proceso (N= 81).

Algo más de la mitad de los participantes en el estudio valoraron el tratamiento con metadona como poco efectivo, sin embargo fue considerable el porcentaje de los que sí lo consideraron bastante efectivo.

El 85% de los pacientes vieron inconvenientes en continuar con metadona, principalmente los que consideraron que se creaba una adicción a dicha sustancia. Fueron muchos pacientes (el 46,8%), los que creyeron que el tratamiento tenía varios inconvenientes.

Gráfico 21. Inconvenientes de continuar con el tratamiento de metadona. N= 81

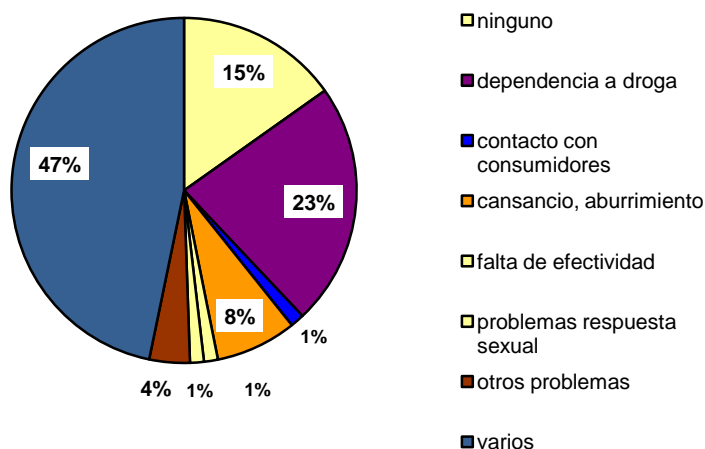
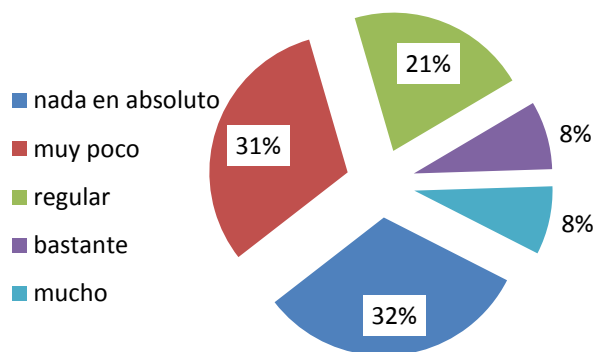


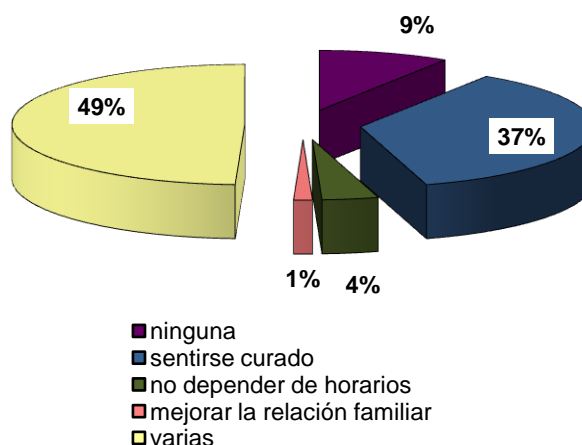
Gráfico 22. Temor a la retirada de metadona. N= 81



El temor al proceso de desintoxicación de metadona se presentó de forma leve o moderada, en un 52% de los pacientes y de forma intensa, en un 16%. Para el 32% no suponía ningún temor.

Gráfico 23. Ventajas de la retirada de metadona. N= 81

La principal ventaja en la retirada del fármaco fue para los participantes del estudio, el sentirse curado, aunque la mayoría encontraron más de una ventaja.



11.1.3 Características del proceso de retirada de metadona.

El procedimiento de desintoxicación de cada paciente fue informado para el estudio por el médico correspondiente en el protocolo final de la evaluación identificado con el nombre de *Informe de Desintoxicación de Metadona* (IDM). Los resultados indican que el 55,3% de los participantes habían recibido durante el tratamiento de mantenimiento con metadona una dosis media igual o inferior a 50 mg. /día y que la dosis media de partida del procedimiento de retirada de la metadona era ligeramente superior aunque presentando un rango de variabilidad muy amplio.

Tabla 41. Características del Proceso de Retirada de Metadona (a). N= 81

Variables	N	%
PRESCRIPCIÓN DX.		
A petición propia, sin recomendación del Equipo	76	29,3
A petición propia y acuerdo del Equipo terapéutico		54,7
A propuesta del Equipo y acuerdo del paciente		16,0
EVALUACIÓN PREVIA		
Ninguna	76	1,3
Sólo Médica		53,9
Médica y Psicológica		14,5
Médica y Social		1,3
Médica, Psicológica y Social		28,9
DISPOSITIVO		
Ambulatorio	76	97,3
Ambulatorio y Hospitalario		2,7
PATOLOGÍAS PREVIAS		
Ninguna	81	34,6
Solo VHB		1,2
Solo VHC		32,1
Solo VIH		7,4
VHC+VIH		16,0
VHB+VHC		4,9
VHB+VHC+VIH		3,7
Psicopatologías		18,5
Otras		28,4
PATOLOGÍAS EMERGENTES		
Ninguna	81	88,9
Biológicas		8,6
Psicopatologías		2,5

La dosis final media entre los pacientes que interrumpieron la desintoxicación fue de 35,41 mg/día.

Según la opinión de los facultativos, los pacientes presentaron una buena adherencia terapéutica tanto durante el tratamiento sustitutivo como durante el proceso de retirada del fármaco utilizado (metadona) y en la mayoría de los casos no se realizó desintoxicación simultánea a otra sustancia.

La mayor parte de las desintoxicaciones de metadona se realizaron por iniciativa del paciente con acuerdo por parte del equipo terapéutico, aunque se observa un porcentaje importante de casos en los que el equipo no lo recomendaba.

Tabla 42. Características del Proceso de Retirada de Metadona (b). N= 81

Variables	N	%	Media	DT
AÑOS DE PERMANENCIA EN TMM Min. 2 meses – Max. 13,50 años	76		4,401	3,065
DOSIS MEDIA DURANTE TMM				
<25 mg/día	81	23,7		
25-50 mg/día		31,6		
51-75 mg/día		23,7		
76-100 mg/día		10,5		
101-150 mg/día		9,2		
>150 mg.		1,3		
DOSIS INICIAL DX. (mg/día) Min. 11 - Max. 230	76		55,58	38,149
DOSIS FINAL DX. (mg/día) Min. 0 – Max. 124	76		20,50	29,597
DOSIS FINAL INTERRUPT. (mg/día) Min. 2 _Max.124	44		35,41	31,427
ADHERENCIA DURANTE TMM				
Baja	76	19,7		
Moderada		38,2		
Alta		42,1		
ADHERENCIA DURANTE LA DESINTOXICACIÓN				
Baja	74	13,5		
Moderada		40,5		
Alta		45,9		
DESINTOXICACIÓN SIMULTÁNEA DE OTRAS SUSTANCIAS				
No	76	81,6		
Cocaína		5,3		
Alcohol		2,6		
Benzodíacepinas		2,6		
Varias		7,9		

Las desintoxicaciones se realizaron casi en su totalidad de forma ambulatoria y las condiciones de los pacientes fueron previamente evaluadas, al menos por el responsable médico. En el 45% de los casos se contó para la evaluación con la participación de otros profesionales.

Al inicio de la desintoxicación de metadona el 56,8% de los pacientes presentó marcadores positivos al VHC y el 27,2% al VIH; 15 pacientes (18,5%) tuvieron algún diagnóstico de psicopatología. El resto de enfermedades no alcanzó porcentajes importantes. Durante el proceso de retirada del fármaco no aparecieron patologías en la mayoría de los participantes.

En cuanto al procedimiento utilizado, a todos los pacientes se les aplicó una reducción gradual de la dosis de metadona. En el 28% de los casos se aplicaron además otros tratamientos farmacológicos coadyuvantes a la disminución de dosis.

El tratamiento psicológico recibido fue sobre todo individual y de forma regular sólo al 33% de los pacientes del estudio. Puntual o habitualmente también a un 33% se le prestó atención social y muy pocos (10,5%), tuvieron algún contacto con el educador social (o profesional similar).

Tabla 43. Características del Proceso de Retirada de Metadona (c). N= 81

Variables	N	%
PROCEDIMIENTO BIO-MÉDICO PRINCIPAL		
Reducción gradual de dosis	76	100
PROCEDIMIENTO BIO-MÉDICO SECUNDARIO		
Ninguno	76	71,6
Coadyuvantes		28,4
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL		
No	76	56,6
Ocasional		10,5
Regular		32,9
PSICOTERAPIA GRUPAL		
No	76	96,1
Ocasional		2,6
Regular		1,3
TRABAJO SOCIAL		
No	76	67,1
Ocasional		11,8
Regular		21,1
EDUCACIÓN SOCIAL		
No	76	89,5
Ocasional		9,2
Regular		1,3

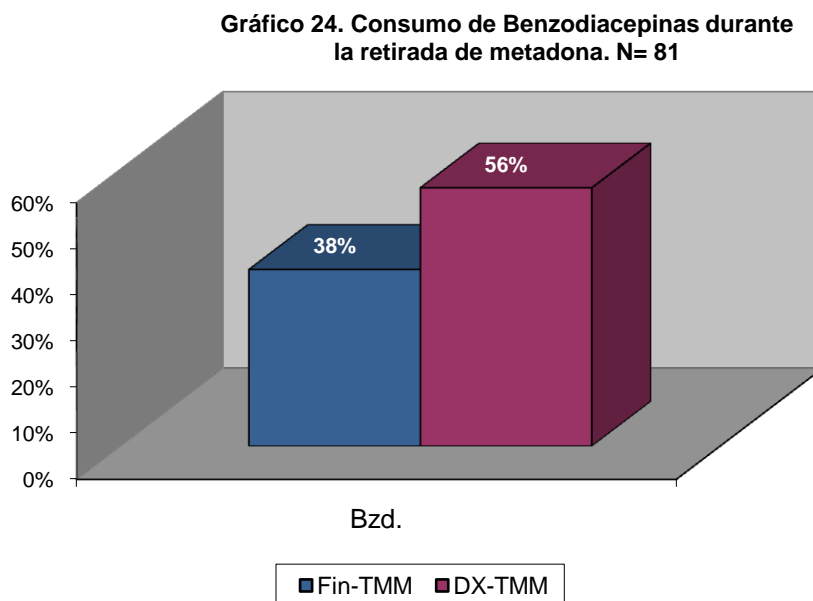
TABLA 44. Consumo de sustancias durante la desintoxicación de metadona (a). N= 76

SUSTANCIA	N	%
HEROÍNA	76	
Abstinencia		77,6
Esporádico u ocasional		19,7
Regular		2,6
Habitual		0
COCAÍNA	76	
Abstinencia		64,5
Esporádico u ocasional		26,36,
Regular		6,6
Habitual		2,6

TABLA 45. Consumo de sustancias durante la desintoxicación de metadona (b). N= 76

SUSTANCIA	N	%
CÁNNABIS	74	
Abstinencia		77,0
Esporádico u ocasional		9,5
Regular		4,1
Habitual		9,5
ALCOHOL	74	
Abstinencia		66,2
Esporádico u ocasional		18,9
Regular		8,1
Habitual		6,8
BENZODIACEPINAS	75	
Abstinencia		44,0
Esporádico u ocasional		14,7
Regular		16,0
Habitual		25,3

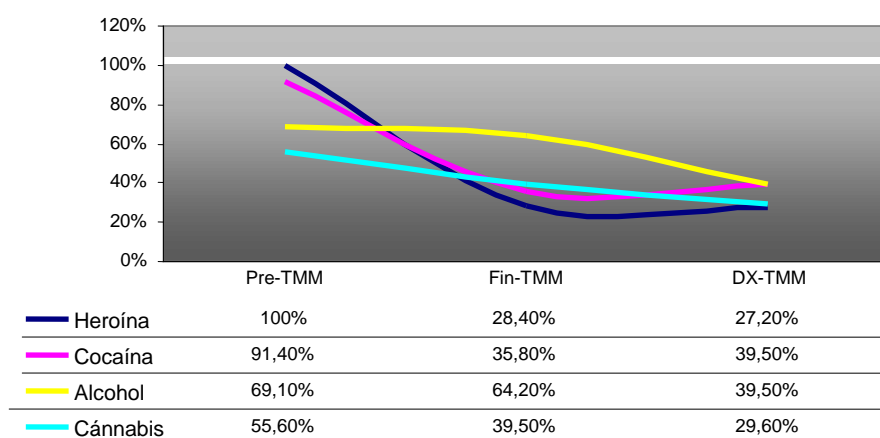
Durante el proceso de retirada de la metadona, el consumo de sustancias psicoactivas fue mayor en benzodiacepinas (56%), aunque se debe tener en cuenta la prescripción facultativa de estos psicofármacos. En relación con el consumo previo a la fase de desintoxicación se observa un aumento del 18% (Gráfico 24).



El mayor porcentaje de consumo habitual fue el de cánnabis y en cuanto a consumos esporádicos u ocasionales la cocaína alcanzó el porcentaje más elevado (26,4%).

El gráfico 25 muestra el porcentaje de pacientes que consumían sustancias de abuso durante la desintoxicación de metadona respecto a las fases anteriores:

La presencia de sintomatología de abstinencia a opiáceos (SAO) durante la retirada de metadona se vio incrementada a medida que avanzaba el procedimiento de reducción gradual de dosis (*Tabla 46*).

Gráfico 25. Consumo de sustancias según fases del TMM. N= 81**Tabla 46. Sintomatología de abstinencia a la retirada de metadona en los pacientes del estudio**

SINTOMATOLOGÍA DE ABSTINENCIA A OPIÁCEOS	FASES DE LA REDUCCIÓN DE DOSIS EN LA RETIRADA DE METADONA			
	Inicial Dosis > 100 mg. N= 10	Media 99 – 50 mg. N= 35	Ultima 49- 25 mg. N= 48	Final Dosis< 25 mg. N= 54
	Porcentaje de pacientes con sintomatología			
Ansiedad	10	34,3	33,3	38,9
Bostezos	10	2,9	10,4	16,7
Lagrimo	10	---	8,3	18,5
Rinorrea	10	2,9	4,2	5,6
Sudoración	---	11,4	6,3	3,7
Midriasis	---	---	---	5,6
Piloerección	---	11,4	4,2	9,3
Dolores O-M	10	11,4	16,7	24,1
Irritabilidad	10	17,1	20,8	24,1
Insomnio	---	14,3	22,9	38,9
T.A:>160/95	---	5,7	2,1	3,7
Aumento de temperatura	---	---	---	1,9
Pulso > 90l/min	---	---	---	1,9
Taquipnea	---	---	---	---
Náuseas	---	---	2,1	7,4
Depresión	---	5,7	8,3	11,1
Vómitos	10	2,9	---	3,7
Diarrea	10	---	2,1	5,6
Calambres musculares	---	8,6	2,1	11,1
Fiebre	---	---	---	---
Disfunciones sexuales	---	---	---	3,7
Nº Medio de Síntomas Media (DT)	0,80 (1,62)	1,29 (1,95)	1,44 (2,17)	2,37 (2,95)

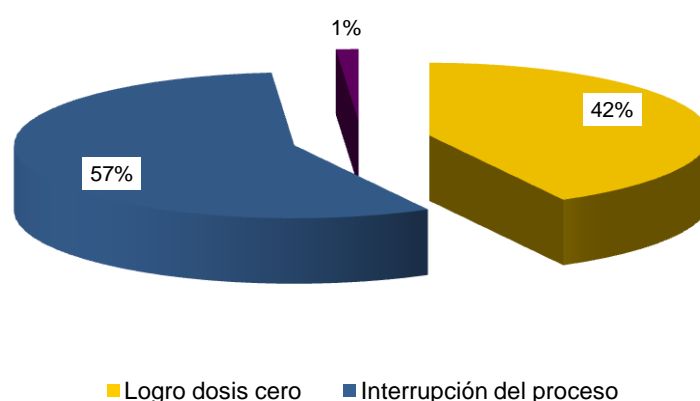
La ansiedad, el insomnio, la irritabilidad y los dolores musculares fueron los síntomas más relevantes. La ansiedad aparecía en un porcentaje importante de pacientes a dosis todavía elevadas, por encima de los 50 mg.; en esta fase la irritabilidad y el insomnio aparecían en menos porcentaje de pacientes, pero aumentaba considerablemente en la fase siguiente, por encima de los 25 mg.

En términos generales, los síntomas de abstinencia a opiáceos de los grados III y IV fueron poco frecuentes, cobrando mayor relevancia los propios de los grados iniciales (I y II), lo que supone un SAO de menor intensidad en la desintoxicación de opiáceos cuando se trata de la metadona frente a la heroína.

11.1.4 Resultados del proceso de retirada de metadona tras el TMM

Terminado el periodo de seguimiento del estudio se obtuvieron datos de 76 participantes acerca de la finalización de la desintoxicación de metadona; 32 de ellos lograron llegar a dosis cero y 44 interrumpieron el proceso.

Gráfico 26. Resultados de la desintoxicación de metadona. N= 76



De los 44 sujetos que interrumpieron el proceso, uno lo hizo por la finalización del estudio. Para el resto, las dos primeras causas de interrupción fueron el consumo de heroína y las complicaciones biomédicas del SAO.

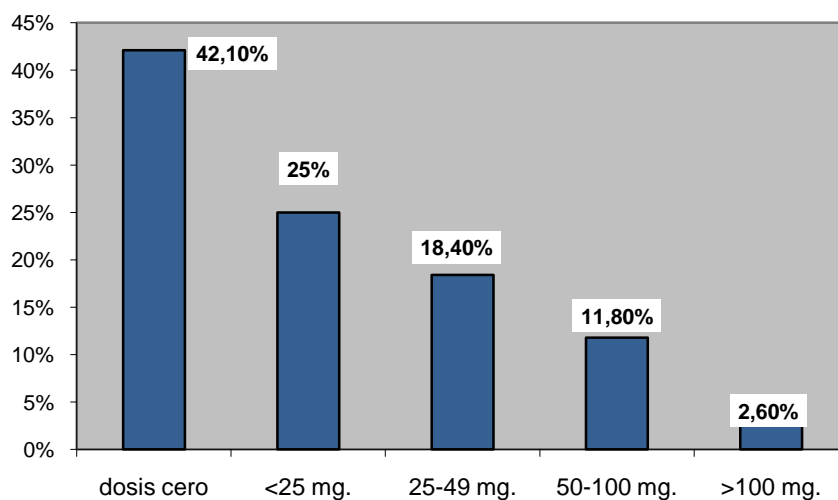
En los 18 participantes que presentaron una segunda causa de interrupción, fue principalmente el consumo de cocaína. Y en los 9 casos en que los facultativos señalaron tres causas, la tercera fue el consumo de alcohol.

TABLA 47. Causas de la interrupción del proceso de retirada de metadona. (N= 42)

Motivos Interrupción	1ª causa N= 42	2ª causa N= 18	3ª causa N= 9
Complicaciones biomédicas	31%	0%	0%
Complicaciones psicológicas	2,4%	2,5%	0%
Complicaciones sociofamiliares	7,1%	0%	0%
Consumo de heroína	33,3%	7,5%	0%
Consumo de cocaína	2,4%	27,5%	7,5%
Consumo de alcohol	2,4%	2,5%	10%
Consumo extraterapéutico de Bzd	0%	2,5%	5%
Otras	21,4%	2,5%	0%

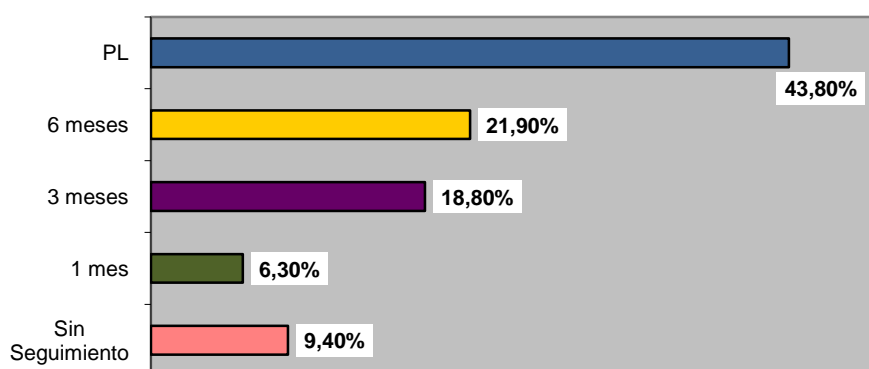
Entre los pacientes que no lograron llegar a dosis cero (N= 44), 19 (43%) interrumpieron la desintoxicación en dosis inferiores a 25 mg /día; 14 (32%) lo hicieron en dosis comprendidas entre los 25 y los 49 mg /día; 11 participantes (25%) interrumpieron en dosis superiores a los 50 mg/día. Tanto si se tiene en cuenta el número total de participantes en el estudio, como si la referencia es el número de participantes que han interrumpido la desintoxicación, se observa que el mayor porcentaje de interrupciones se produce a dosis inferiores a los 25 mg/día.

Gráfico 27. Dosis final de retirada de metadona en los pacientes del estudio. N= 81



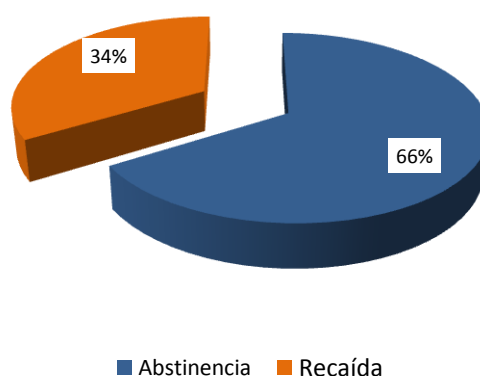
Una vez logrado el objetivo de la desintoxicación de metadona, 14 pacientes fueron derivados a tratamientos convencionales conocidos con el término de *Programas Libres de Drogas* (PL). Otros 3 pacientes fueron dados de alta inmediatamente después de la dosis cero y el resto, 15 pacientes, se sometieron a un seguimiento en TMM que oscilaba entre uno y seis meses.

Gráfico 28. Intervención después de la desintoxicación
N= 32

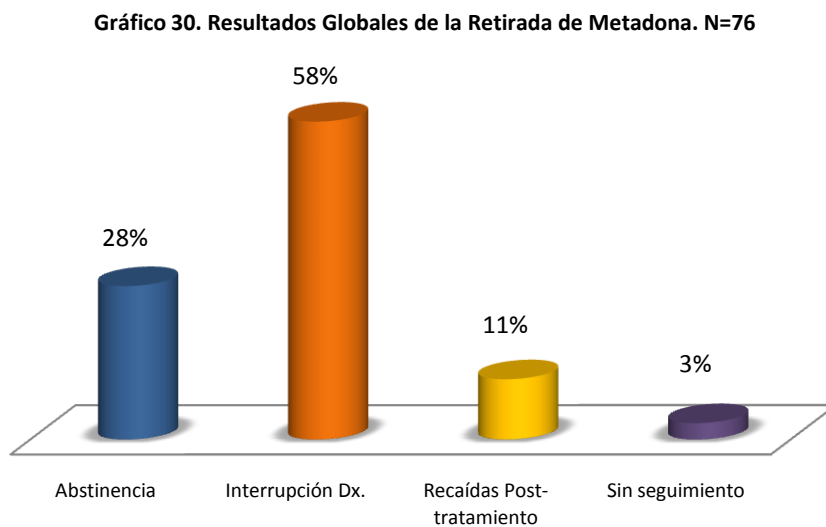


De los 32 participantes que llegaron a dosis cero de metadona, se pudo realizar un seguimiento de hasta seis meses a 29 (90,6%), de los cuales se obtuvieron datos sobre las recaídas en consumo de heroína, entendidas éstas como consumos que requerirían una nueva intervención terapéutica.

Gráfico 29. Resultados de la evolución en el post-tratamiento. N= 29



En términos globales, el resultado de la retirada de metadona en los participantes del estudio indicó que el 28% de los pacientes mantuvo la abstinencia a opiáceos hasta 6 meses después de completada la desintoxicación de metadona. El 38% había interrumpido el proceso antes de lograr la dosis cero. Un 11% de los pacientes recayó durante el post-tratamiento, antes de cumplir los 6 meses de seguimiento tras la desintoxicación. No se obtuvieron datos durante el post-tratamiento de un 3% de los pacientes.



La actualización de los datos a finales de 2011 indicó que, dos años después de finalizado el estudio, solo el 16% de los participantes que iniciaron el proceso de retirada de metadona entre 2007 y 2009, seguía manteniendo abstinencia a opiáceos durante el post-tratamiento.

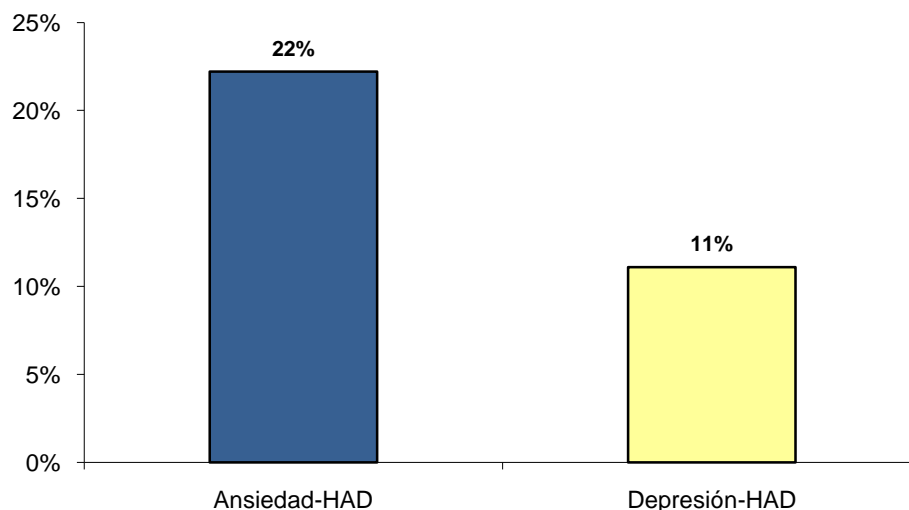
11.2 PUNTUACIONES EN LOS CUESTIONARIOS DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Se exponen a continuación los resultados obtenidos en los cuestionarios incluidos en el protocolo inicial de evaluación aplicado a los participantes en el estudio, antes o durante los primeros días de iniciar la retirada de la metadona, tras un tratamiento sustitutivo. En los cuestionarios se exploraron algunas de las variables relevantes para los objetivos del estudio.

11.2.1 Estados Afectivos: Ansiedad, Depresión y Estrés

Los estados afectivos de ansiedad y depresión se evaluaron con la Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital, HADS (Zigmond y Snaith, 1983. Adaptación española de Perol y Rodríguez-Marín, 1997; Tejero *et al.*, 1986). Para establecer los niveles de alteración de estados afectivos de ansiedad y depresión se tuvo en cuenta la valoración efectuada por los autores en estudios anteriores que situaban las puntuaciones superiores a 11 como problemáticas, tanto para la subescala de ansiedad como para la de depresión.

Grafico 31. Puntuaciones en Estados Afectivos. N= 81



En el estudio actual, la HADS se aplicó a los 81 participantes, obteniendo una puntuación media para la subescala de ansiedad de 8,11 ($DT= 3,217$; rango: 2-19); 18 participantes (22,2%) obtuvieron una puntuación igual o superior a 11, indicadora de ansiedad. En la subescala de depresión obtuvieron una puntuación media de 4,54 ($DT= 4,54$; rango: 0-19). El 11,1% de los participantes (9 casos) obtuvo una puntuación igual o mayor de 11, indicadora de depresión.

Comparando los resultados del estudio actual con los obtenidos en el trabajo anterior de Carreras y Carroble (2004), con una muestra de similares características, se observaron puntuaciones ligeramente superiores en ansiedad y muy levemente inferiores en depresión. Otros estudios con pacientes afectados por VIH (Remor, 2000), y drogodependientes con VIH positivo en tratamiento con metadona (Ladero, Orejudo y Carroble, 2005), presentaban resultados parecidos.

Tabla 48. Puntuaciones medias en las escalas de Ansiedad y Depresión de la HADS en varios estudios.

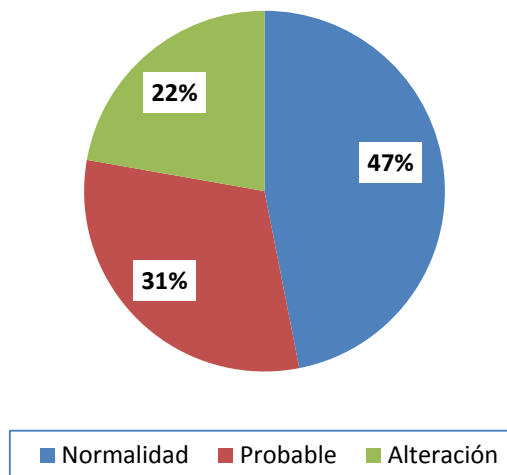
	N	MEDIA (DT)	
		HAD-A	HAD-D
Estudio Actual	81	8,11 (3,22)	4,54 (4,54)
Carreras y Carroble, 2004	253	7,57(4,54)	4,86 (4,13)
Remor, 2000	100	8,03 (4,18)	4,55 (3,59)
Ladero <i>et al.</i> , 2005	100	8,69 (5,32)	5,21 (4,54)

En el conjunto de los ítems de la escala (14 elementos), los participantes del estudio actual obtuvieron una puntuación media global de 11,61 ($DT= 8,22$; rango: 0-39). En ningún caso se observaron diferencias significativas en las medias de las puntuaciones obtenidas por hombres y mujeres.

Se identificaron tres niveles posibles de alteración de ansiedad y depresión, según criterios establecidos por los autores de la escala original, valorando la presencia clínica de an-

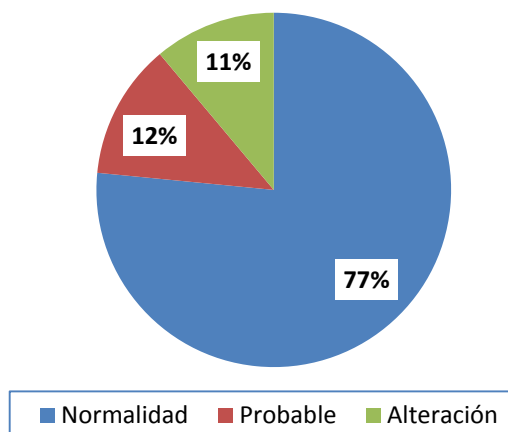
siedad/depresión en los pacientes que obtuvieran puntuaciones iguales o superiores a 11, para cada una de las subescalas.

Gráfico 32. Niveles de Ansiedad. N= 81



Las puntuaciones comprendidas entre 8 y 11 se consideraron casos probables de ansiedad o depresión y puntuaciones iguales o inferiores a 7 fueron valoradas dentro de la normalidad. En los resultados se apreció un importante porcentaje de pacientes con niveles de ansiedad. La alteración del estado de ánimo depresivo se presentó en menor proporción.

Gráfico 33. Niveles de Depresión. N= 81



La percepción subjetiva de estrés entre los participantes en el estudio fue evaluada con la Escala de Estrés Percibido (PSS) en su versión de 10 ítems (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983; Remor y Carrobles, 2001). La puntuación media obtenida por todos los participantes en la PSS-10 (N= 81) fue de 16,35 (DT= 8,35; rango: 0-36). No se encontraron diferencias sig-

Tabla 49. Puntuaciones directas correspondientes a los percentiles de la PSS-10 en la muestra del estudio

Percentiles	Puntuaciones
5	3,00
10	4,20
15	7,00
20	9,00
25	10,00
30	11,00
35	13,00
40	14,00
45	15,00
50	16,00
55	17,10
60	19,00
65	20,00
70	21,00
75	22,00
80	23,00
85	25,70
90	27,80
95	31,90

nificativas en relación al sexo (Media hombres= 16,40; DT= 7,99. Media mujeres= 16,19; DT= 9,5; $p>0,05$). Se calcularon las puntuaciones correspondientes a los percentiles de forma conjunta para ambos sexos.

Los resultados indicaron un nivel de estrés subjetivo superior al de la población general (Media hombres= 12,10; DT= 5,90; Media mujeres= 13,70; DT= 6,60; $p>0,05$) evaluada en estudios norteamericanos donde la versión utilizada de la escala fue la de 10 ítems (Cohen y Williamson, 1988. Citado en Pedrero y Olivares, 2010).

Otros estudios con población española (Remor, 2006), obtuvieron una media de puntuaciones para los hombres prácticamente idéntica (Media= 16,40; DT= 6,40), aunque no

así para las mujeres con una puntuación media algo superior a la obtenida por las mujeres de nuestra muestra (Media= 18,90; DT= 6,70).

Algunos estudios con población drogodependiente presentaron niveles de estrés medio superiores a los obtenidos en el estudio actual. Es el caso del estudio de Ladero (2005), cuya muestra de pacientes VIH en tratamiento de mantenimiento con metadona (N= 100), obtuvo puntuaciones medias de 29,88 (DT= 10,88), en la versión de 14 ítems.

También el estudio de Pedrero y Olivares (2010), aunque en este caso la muestra de población drogodependiente no era homogénea en relación a la droga principal y no se especifica-

ba el tipo de tratamiento que estaban siguiendo los pacientes. El grupo de participantes con similares características a los de nuestro estudio (grupo de consumidores de heroína: N= 16) presentaban una puntuación media de estrés subjetivo de 21,6 ($DT= 9,5$). Otro grupo de pacientes sin embargo, seleccionados por el tiempo de abstinencia (grupo correspondiente a más de 6 meses; N= 12), obtuvo puntuaciones medias inferiores a las de nuestra muestra (Media= 13,40; $DT= 9,60$).

Es decir, los participantes del presente estudio, drogodependientes que habían finalizado un tratamiento con metadona y estaban iniciando el proceso de desintoxicación de ese fármaco, presentaban un nivel de estrés inferior a la muestra de drogodependientes durante un tratamiento con metadona (Ladero, 2005) o durante un tratamiento no especificado para la drogodependencia (Pedrero y Olivar, 2010), pero superior al nivel de estrés obtenido por pacientes drogodependientes que se habían mantenido abstinentes a drogas por más de seis meses (Pedrero y Olivar, 2010).

11.2.2 Insomnio

El insomnio se ha evaluado en los 81 participantes a través de dos cuestionarios: el *Cuestionario Oviedo de Calidad del Sueño* (COS. Bobes *et al.*, 2000) y la *Escala de Problemas de Sueño*, EPS. (Carreras y Carrobles, 2004).

Tabla 50. Puntuaciones medias según sexo de las escalas de Insomnio: COS y EPS

COS	N	MEDIA (DT)	I.C. para la Media	
Sexo			Limite Inferior	Limite Superior
Hombres	60	21,03 (9,599)	18,55	23,51
Mujeres	20	19,10 (6,927)	15,86	22,34
EPS	N	MEDIA (DT)	I.C. para la Media	
Sexo			Limite Inferior	Limite Superior
Hombres	60	11,60 (7,061)	9,62	13,58
Mujeres	21	10,10 (6,008)	7,36	12,83

En la subescala de insomnio del COS la puntuación media obtenida por los participantes fue de 20,55 ($DT= 9,01$; rango: 7- 45). En la subescala de hipersomnio la puntuación media fue de 5,22 ($DT= 3,25$; rango: 2-15). La media de puntuaciones para el total de la escala fue de 29,63 ($DT=12,72$; rango= 13-67). En ningún caso se dieron diferencias significativas en las medias de las puntuaciones entre ambos sexos.

El resultado obtenido en la subescala de insomnio por la muestra del estudio de Bobes (2005), con población española diagnosticada de depresión mayor ($N= 1.253$), fue para la media de hombres= 30,62; y la media de mujeres= 29,64, sin que la diferencia entre ambos sexos alcanzase la significación estadística. La gravedad del insomnio para esta población presentó mayor intensidad que para los participantes en nuestro estudio.

Tabla 51. Puntuaciones medias en la Escala de Problemas de Sueño (EPS) en dos estudios

	N	MEDIA (DT)
Estudio Actual	81	11,21 (7,26)
Carreras y Carrobles, 2004	253	13,00 (6,98)

En la Escala de Problemas de Sueño (EPS), los participantes en el estudio han obtenido una media global en las puntuaciones de 11,21 ($DT= 7,26$; rango: 0-30; $d=0,25$), inferior al resultado del estudio anterior con población drogodependiente en tratamiento con metadona (Carreras y Carrobles, 2004).

11.2.3 Adicción a Benzodiacepinas

La adicción a benzodiacepinas se evaluó con la *Escala de Severidad de Adicción a las benzodiacepinas* (SDS. Gossop *et al.*, 1995. Adaptación española de De las Cuevas *et al.*, 2000). En el estudio actual, la SDS fue aplicada a 31 pacientes, ya que los 60 restantes no consumían benzodiacepinas y por lo tanto la aplicación de la escala no era pertinente. Una persona consumidora de estos psicofármacos no respondió al cuestionario.

Tabla 52. Puntuaciones medias de la SDS por sexo. Estudio actual

Sexo	N	MEDIA (DT)	I.C. para la Media	
			Limite Inferior	Limite Superior
Hombres	24	4,50 (2,69)	3,37	5,63
Mujeres	6	8,17 (4,36)	3,60	12,74

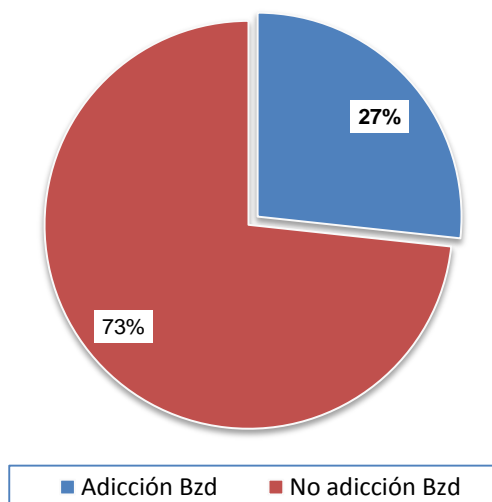
La media global de las puntuaciones fue de 5,23 ($DT= 3,35$; rango: 0-15). En esta ocasión sí se observaron diferencias según el sexo, siendo la media de las puntuaciones obtenidas por las mujeres significativamente superior a la media de las obtenidas por los hombres según la opción paramétrica ($t(28) = -2,63$; $p = 0,014$; $d = -1,20$).

Tabla 53. Puntuaciones medias y punto de corte en la Escala de Severidad de Adicción a benzodiacepinas (SDS) en varios estudios

	N	% de la Muestra	MEDIA (DT)	Pacientes con adicción a Bzd.
Estudio Actual	30	37,04%	5,23 (3,35)	8 (27%)
Carreras y Carroble, 2004	133	53%	5,24 (3,71)	43 (32%)
De las Cuevas <i>et al.</i> 2000	100	100%	6,40 (3,80)	62 (38%)

En comparación con estudios anteriores, las puntuaciones medias en nuestra muestra fueron similares a las obtenidas en 2004 por Carreras y Carroble con población de características semejantes y ligeramente inferiores a las obtenidas por De las Cuevas *et al.* (2000), con población tratada por diversos trastornos psicopatológicos.

Gráfico 34. Pacientes con adicción a benzodiacepinas. N=30



El 26,7% de los consumidores de benzodiacepinas (N= 8), obtuvieron puntuaciones iguales o superiores al punto de corte ($P= 7$), establecido por los autores de la validación española (De las Cuevas *et al.*, 2000).

Sintetizamos en la tabla 55 las puntuaciones medias obtenidas en los anteriores instrumentos de evaluación aplicados a los participantes en el estudio actual.

Tabla 54. Resumen de Puntuaciones Medias obtenidas por los participantes en varios instrumentos de evaluación.

Cuestionarios	N	Media (DT)	Min-Max
HAD-A	81	8,11 (3,22)	2-19
HAD-D	81	4,54 (4,54)	0-19
PSS-10	81	16,35 (8,36)	0-36
COS-Insomnio	80	20,55 (9,01)	7-45
EPS	81	11,21 (7,26)	0-30
SDS	30	5,23 (3,35)	0-15

11.2.4 Competencias

Por último, el nivel de competencias de los participantes fue evaluado mediante el *Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial, VIP* (Pedrero *et al.*, 2005). La media de puntuaciones directas para el conjunto de la escala (respetando el sistema de puntuación utilizado por los autores: +2,+1,-1,-2), fue de 156,36 (*DT*= 152,41; rango: (-424)- 572). El resultado para las diferentes subescalas se expone a continuación comparativamente a los obtenidos por los autores con población general y población drogodependiente en tratamiento (Pedrero *et al.*, 2005).

Tabla 55. Comparación entre puntuaciones medias de las subescalas del VIP en dos estudios

	Pedrero <i>et al.</i> , (2005)		Estudio Actual		
	Población General	Población Tratada	Población Tratada		
	N=197	N= 569	N= 78		
Puntuaciones Directas	Media (<i>DT</i>)	Media (<i>DT</i>)	Media (<i>DT</i>)	Min-Max	<i>d</i> (Cohen)
<i>Autoestima</i>	44,62 (42,14)	13,46 (41,16)	33,01 (34,59)	(-58) - 96	-0,29
<i>Autoeficacia</i>	38,26 (36,77)	20,15 (35,71)	33,21 (27,96)	(-56) - 94	-0,15
<i>Optimismo</i>	38,01 (41,82)	15,95 (38,99)	18,7 (30,81)	(-77) - 77	-0,49
<i>Locus</i>	42,23 (46,32)	26,02 (48,36)	29,31 (47,52)	(-83) -100	-0,28
<i>H. Sociales</i>	26,30 (39,38)	14,14 (38,18)	17,69 (36,62)	(-80) - 95	-0,22
<i>Afr. Tarea</i>	41,59 (34,36)	19,30 (38,53)	32,88 (26,48)	(-68) - 77	-0,27
<i>Afr. Emoción</i>	-16,42 (39,78)	5,68 (37,04)	-9,14 (34,64)	(-92) - 58	0,19
<i>Afr. Apoyo</i>	14,77 (46,63)	-1,05 (45,45)	-8,59 (44,86)	(-100) - 90	-0,51
<i>Autocontrol</i>	32,53 (29,83)	-1,29 (31,94)	9,82 (31,93)	(-68) - 77	-0,84

Se observa que en algunas subescalas la muestra de pacientes estudiada obtuvo puntuaciones medias más próximas a las de la población general que a las de la población tratada en el estudio de Pedrero *et al.* (2005). El tamaño del efecto fue elevado en el caso del autocontrol y de potencia moderada en optimismo y apoyo social. La subescala de afrontamien-

to-emoción debe interpretarse en esta ocasión (y por coherencia con lo efectuado por los autores), en dirección contraria al resto de subescalas: puntuaciones más altas corresponden a niveles inferiores de competencia.

La diferencia de las medias en las puntuaciones obtenidas por hombres y mujeres sólo resultó estadísticamente significativa en la subescala de *Habilidades Sociales*, (Mujeres: N=21; Media= 37,48; DT= 29,53; Hombres: N=57; Media= 10,40; DT=36,49; $p= 0,003$); y en la de *Optimismo*, (Mujeres: N= 21; Media= 29,95; DT=26,36; Hombres: N= 57; Media= 13,82; DT= 31,39; $p= 0,04$).

Se calcularon los percentiles correspondientes a las puntuaciones directas obtenidas por la muestra, tanto para la escala global como para las 9 subescalas específicas

Tabla 56. Percentiles de las subescalas del VIP. N= 78

Pcs.	TOTAL	AUTOES	AUTOEF	OPTIM	LOCUS	HHSS	AUTOC	TAREA	EMOC	APOYO
05	-115,40	-42,00	-33,30	-36,70	-50,00	-46,00	-50,25	-32,45	-63,40	-71,00
10	-18,20	-17,40	-6,00	-23,00	-33,00	-30,50	-36,00	-0,50	-54,00	-61,00
15	32,85	-1,20	6,00	-14,60	-33,00	-15,30	-23,00	13,25	-50,00	-50,00
20	71,40	4,00	17,00	-5,80	-17,00	-10,00	-14,00	14,00	-38,80	-50,00
25	77,75	8,00	22,00	0,00	-17,00	-5,00	-9,00	23,00	-33,00	-50,00
30	93,80	25,00	28,00	5,00	0,00	0,00	-5,00	27,00	-26,20	-30,00
35	106,00	29,00	28,00	9,00	17,00	5,00	-1,75	32,00	-22,40	-30,00
40	122,20	31,40	28,00	12,00	17,00	10,00	0,00	32,00	-18,60	-30,00
45	147,10	33,00	33,00	14,00	17,00	10,00	5,00	33,65	-13,00	-20,00
50	158,00	38,00	39,00	23,00	33,00	20,00	11,50	36,00	-8,00	-10,00
55	175,80	42,00	39,00	27,00	50,00	22,25	14,00	41,00	-4,00	-10,00
60	190,40	46,00	44,00	32,00	50,00	25,00	15,60	41,00	0,00	-6,00
65	209,00	50,00	50,00	36,00	50,00	31,75	23,00	45,00	4,00	0,00
70	214,00	51,20	50,00	41,00	50,00	36,50	27,00	50,00	6,70	10,00
75	235,50	58,00	50,00	41,00	67,00	45,00	32,00	50,00	17,00	30,00
80	266,40	58,00	50,00	45,00	70,20	50,00	36,00	50,00	21,80	50,00
85	296,60	63,00	61,00	45,00	85,55	56,50	45,00	50,75	29,00	50,00
90	363,40	75,40	67,00	55,00	100,00	70,00	55,00	59,00	41,10	60,00
95	412,05	92,00	72,00	64,00	100,00	75,25	64,20	68,25	50,00	70,00

También se realizó la representación gráfica (diseñada por los autores) para la muestra en su conjunto con las puntuaciones tipificadas del perfil *cuasi-individualizado*, siguiendo indicaciones de Gough (1987), como se explicó en el Plan de Análisis (p. 208).

En la Figura 5, se aprecia que únicamente la competencia basada en el *afrontamiento-apoyo social* adquirió valores inferiores al promedio. La puntuación en *autocontrol* mostró una tendencia a la baja, aunque se mantuvo en el límite de las puntuaciones promedio. La puntuación en *afrontamiento emocional* que en el gráfico adquiere valor negativo, aunque en los límites del promedio, expresó baja reactividad emocional y por tanto buen nivel competencial al respecto.

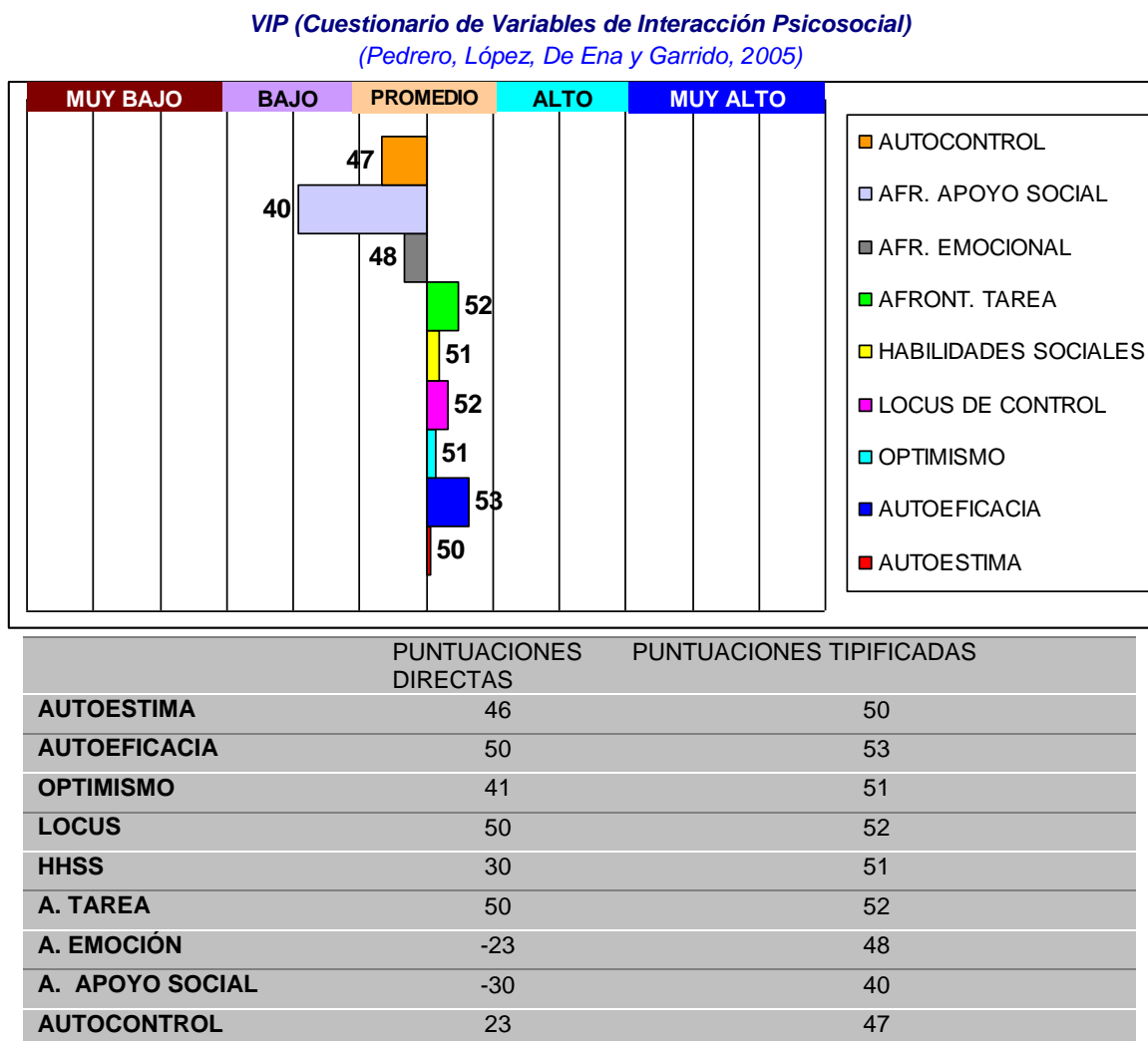


Figura 5: Perfil *Cuasi-Individualizado* de la muestra de pacientes en el VIP. N= 78

Finalmente se procedió a realizar un análisis factorial exploratorio con las variables de interacción psicosocial medidas a través del cuestionario VIP, empleando como método de extracción el de mínimos cuadrados generalizados y como método de rotación, oblimin. El resultado obtenido fue el de dos factores que explicaban el 60,15% de la varianza total: el Factor 1 al que se denominó *Afrontamiento*, compuesto por las variables de *habilidades sociales*, *optimismo*, *autoestima*, *emoción* y *locus de control* que explicaba el 47,85% de la varianza; y el Factor 2 denominado *Autocontrol*, compuesto por las variables de *tarea*, *autoeficacia* y *autocontrol* que explicaba el 12,30% de la varianza restante.

En la *Tabla 57* se presentan los factores obtenidos y el porcentaje correspondiente de la varianza explicada y los autovalores de los factores rotados; se muestran también los resultados del análisis factorial. Además de las subescalas del VIP, los dos factores fueron analizados posteriormente en relación con las variables de resultado del proceso de retirada de metadona.

Tabla 57. Factores resultantes con autovalor y porcentaje de la varianza explicada.

Factor	Denominación	% varianza	Autovalor
1	Afrontamiento	47,85	4,14
2	Autocontrol	12,30	1,35
	1	2	
Habilidades Sociales	0,83		
Optimismo	0,81		
Autoestima	0,77		
Emoción	-0,65		
Locus control	0,56		
Autocontrol		0,77	
Tarea		0,73	
Autoeficacia		0,72	

11.2.5 Correlaciones y concordancia entre puntuaciones y otras variables personales

a) Correlaciones significativas entre las puntuaciones de los instrumentos de medida:

Para los objetivos del estudio resultó de interés observar las relaciones existentes entre las distintas mediciones realizadas a los pacientes, tanto entre las variables clínicas relativas a los estados afectivos (ansiedad, depresión, estrés), insomnio y adicción a benzodiazepinas, como entre las vinculadas a niveles competenciales (autoestima, autoeficacia, optimismo, locus de control, habilidades sociales, afrontamiento en la tarea, afrontamiento centrado en la emoción, afrontamiento basado en el apoyo social y autocontrol). También entre ambas categorías de variables.

La mayor correlación se observó entre las dos escalas de insomnio. Comparándolas, la EPS correlacionaba en mayor medida que el COS con los otros cuestionarios relativos a los estados afectivos: ansiedad, depresión y estrés subjetivo; también con la mayoría de las variables competenciales.

Las puntuaciones en la subescala de ansiedad estaban muy asociadas a las del cuestionario de estrés subjetivo; también presentaban una correlación elevada con el estrés las puntuaciones de la subescala de depresión. La correlación fue elevada entre las dos escalas de la HAD. La escala de severidad de adicción a benzodiazepinas solo estaba asociada a las puntuaciones obtenidas en ansiedad y la significación se logró al nivel 0,05.

Entre las puntuaciones obtenidas por los participantes en las 9 subescalas del Cuestionario de Variables Psicosociales (VIP), se observaron las mayores correlaciones en las subescalas de autoestima y optimismo. En general se observaron valores de correlación moderados o elevados, de acuerdo a lo esperado. La subescala de apoyo social fue la que obtuvo valores menores en su relación con las otras subescalas. Cabe destacar que la subescala de afrontamiento-emoción, que en la corrección del cuestionario propuesta por los autores adquiere un valor negativo como expresión de mayor nivel competencial, fue recodificada para que adoptara el mismo signo que las demás y fuera más fácil su interpretación.

Entre ambas categorías de variables, se observaron correlaciones elevadas entre las puntuaciones obtenidas por los pacientes de la muestra en los cuestionarios sobre estados afectivos (estrés percibido, ansiedad y depresión) y las subescalas de competencias en autoestima, optimismo, autocontrol y afrontamiento-emoción. La correlación fue negativa, lo que indicaba que alteraciones en los estados afectivos estaban asociadas a una baja capacidad competencial. La escala de estrés percibido (PSS-10) fue la que correlacionó de forma significativa con más escalas del VIP; con todas excepto con la de locus de control. Las subescalas competenciales de habilidades sociales y locus de control fueron las que presentaron menor número de correlaciones con significación estadística.

El insomnio medido a través de las puntuaciones del COS y de la EPS, estaba asociado a puntuaciones bajas en todas las subescalas de competencias y la correlación fue significativa en autoestima, autoeficacia (solo la EPS), optimismo, afrontamiento-emoción y autocontrol.

Las puntuaciones obtenidas por los pacientes en la Escala de Severidad de Adicción a las benzodiacepinas sólo estaban asociadas con la subescala de habilidades sociales y en sentido directo, es decir, que una mayor severidad de adicción a las benzodiacepinas se relacionaba con un nivel más alto de competencia en habilidades sociales.

En la *Tabla 58* se ha recogido la matriz de correlaciones entre las puntuaciones obtenidas por los participantes en el estudio en los diferentes cuestionarios aplicados en la evaluación inicial.

Tabla 58. Matriz de correlaciones entre puntuaciones medias de los cuestionarios de evaluación

	HAD-A	HAD-D	PSS	COS	EPS	SDS	Auto-Estima	Auto-Eficac.	Optimismo	Locus Control	HH.SS.	Afront-Tarea	Afront-Emoc.	Afront-Apoyo	Auto-Control
HAD-A	1														
HAD-D	0,69**	1													
PSS	0,72**	0,67**	1												
COS	0,35**	0,46**	0,43**	1											
EPS	0,52**	0,58**	0,53**	0,84**	1										
SDS	0,38*	0,16	-0,22	0,14	0,31	1									
Auto-Estima	-0,47**	-0,62**	-0,50**	-0,25*	-0,27*	0,25	1								
Auto-Eficac.	-0,34**	-0,47**	-0,38**	-0,16	-0,25*	-0,07	0,55**	1							
Optimismo	-0,50**	-0,61**	-0,47**	-0,28*	-0,39**	0,15	0,77**	0,49**	1						
Locus Control	-0,22	-0,26*	-0,13	-0,08	-0,16	0,18	0,33**	0,14	0,49**	1					
HH.SS.	-0,22	-0,22	-0,24*	-0,11	-0,14	0,42*	0,59**	0,21	0,59**	0,43**	1				
Afront-Tarea	-0,26*	-0,45**	-0,46**	-0,18	-0,22	0,01	0,43**	0,63**	0,43**	0,13	0,078	1			
Afront-Emoc.	-0,45**	-0,50**	-0,50**	-0,31**	-0,39**	0,17	0,60**	0,38**	0,68**	0,49**	0,42**	0,31**	1		
Afront-Apoyo	-0,10	-0,08	-0,23*	-0,04	-0,03	0,12	0,04	-0,01	0,03	-0,05	-0,02	0,22	-0,25*	1	
Auto-Control	-0,56**	-0,63**	-0,66**	-0,30**	-0,36**	0,52	0,58**	0,41**	0,56**	0,21	0,14	0,47**	0,60**	-0,21	1

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

b) Concordancia entre las puntuaciones de los instrumentos de medida y la percepción subjetiva de trastornos conductuales:

Se exploró además el grado de concordancia (índice *Kappa*) entre las respuestas sobre trastornos conductuales ofrecidas por los pacientes en la *Encuesta sobre Datos Sociodemográficos y Clínicos (EDSC)* y las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios pertinentes. Se tuvieron en cuenta los puntos de corte establecidos por los autores para considerar casos clínicos de ansiedad y depresión en la HADS (puntuaciones iguales o superiores a 11) y los percentiles iguales o superiores a 75 de la muestra evaluada en los otros cuestionarios.

Tabla 59. Concordancia entre puntuaciones en los cuestionarios y los trastornos conductuales subjetivos

	ANSIEDAD HAD-A	DEPRESIÓN HAD-D	ESTRÉS PSS	INSOMNIO COS	INSOMNIO EPS
Trastorno Ansiedad	0,11	0,09	0,26*	0,02	0,04
Trastorno Depresión	0,33**	0,26**	0,37**	0,07	0,15
Trastorno Sueño	0,16	0,16*	0,35**	0,27**	0,35**
Trastorno Irritabilidad	0,17	0,06	0,22*	0,20	0,22*
Trastorno Alimentación	0,13	0,16	0,14	0,19	0,14
Trastorno Angustia	0,22*	0,31**	0,18*	0,09	0,02
Trastorno Obsesiones...	0,26**	0,38**	0,37**	0,12	0,13

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

En general los niveles de concordancia no fueron elevados (*Kappa* < 0,40). El trastorno subjetivo de ansiedad concordaba únicamente con las puntuaciones altas en el cuestionario de estrés percibido. El trastorno subjetivo de depresión alcanzó niveles de concordancia algo más elevados y con una significación del 0,001 en las puntuaciones de ansiedad y depresión (HAD) y estrés percibido (PSS). Los niveles más altos de concordancia se dieron entre los trastornos de obsesiones, paranoias y pensamientos extraños y la subescala de depresión del HAD y la PSS.

La Escala de Estrés Percibido (PSS) pareció ser el cuestionario con mayor nivel de concordancia global respecto al malestar psicológico expresado por los pacientes del estudio. Se observó, entre las dos escalas de insomnio, un mayor nivel de concordancia en la EPS que en el COS, aunque se dio exclusivamente en relación a los problemas para dormir informados por los pacientes del estudio (y con la irritabilidad en el caso de la EPS).

Tabla 60. Concordancia entre casos clínicos + casos probables de ansiedad/depresión y trastornos conductuales subjetivos.

	ANSIEDAD PROBABLE HAD-A	DEPRESIÓN PROBABLE HAD-D
Trastorno Ansiedad	0,15	0,08
Trastorno Depresión	0,34**	0,31**
Trastorno Sueño	0,44**	0,19
Trastorno Irritabilidad	0,25*	0,09
Trastorno Alimentación	0,19*	0,18
Trastorno Angustia	0,15**	0,21*
Trastorno Obsesiones...	0,11	0,24*

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

La *Tabla 60* muestra las correlaciones en una aproximación más flexible, en la que se comprobó que al considerar también los casos probables (puntuaciones superiores a 8) de la HADS, el nivel de concordancia variaba respecto a criterios más clínicos. Los casos de ansiedad moderada o casos probables, concordaban con más trastornos conductuales subjetivos. Sin embargo sucedía lo contrario en relación a los casos de depresión: Los casos moderados o probables de depresión tenían un nivel de concordancia menor con los trastornos subjetivos que los casos graves, excepto en la valoración de la depresión misma, lo que podría sugerir un umbral de percepción subjetiva de alteración afectiva menor para la ansiedad que para la depresión.

c) Correlación entre las puntuaciones de los instrumentos de medida y el consumo de sustancias:

También resultó de interés para el estudio el análisis de la posible asociación entre las puntuaciones obtenidas por los participantes en los instrumentos de evaluación y el consumo autoinformado de sustancias durante el TMM. Para ello se utilizó el estadístico *rho* de Spearman.

Tabla 61. Matriz de correlaciones entre puntuaciones en cuestionarios y consumo de sustancias durante TMM

	Heroína	Cocaína	Alcohol	Cánnabis	Benzodiz.
HAD-A	0,10	0,20	0,11	0,17	0,25*
HAD-D	0,15	0,25*	-0,02	0,08	0,08
PSS-10	0,17	0,22	-0,15	0,05	0,37**
COS	-0,04	0,01	-0,01	-0,02	0,29**
EPS	0,06	0,12	-0,08	-0,06	0,28**
SDS	-0,19	-0,12	0,03	0,11	
Autoestima	-0,15	-0,31**	0,17	-0,01	-0,18
Autoeficacia	-0,01	-0,08	0,07	0,10	-0,05
Optimismo	-0,05	-0,11	0,14	-0,14	-0,16
Locus de Control	-0,00	-0,01	0,12	-0,10	-0,13
HH.SS.	0,04	-0,3	0,05	0,02	-0,23*
Afrontamiento Tarea	-0,08	-0,03	0,14	0,08	0,03
Afrontamiento Emoción	-0,24*	-0,28*	0,15	-0,16	-0,25*
Afrontamiento Apoyo	0,06	0,10	0,15	0,15	-0,04
Autocontrol	-0,31**	-0,32**	0,05	-0,05	-0,04

** Es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* Es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

Las variables correspondientes al consumo de heroína, cocaína, alcohol y cánnabis estaban ordenadas en cuatro categorías de menor a mayor frecuencia de consumo. La variable de consumo de benzodiacepinas era binaria (no/si).

Los resultados mostraron algunas asociaciones significativas, especialmente para el consumo de cocaína y heroína. Consumos frecuentes de cocaína estaban asociados con puntuaciones elevadas en depresión y niveles bajos de autoestima. Tanto el consumo de heroína como el de cocaína se relacionaban con bajos niveles de competencia en afrontamiento emocional y autocontrol.

El consumo de benzodiacepinas estaba relacionado significativamente con puntuaciones altas en la escala de ansiedad del HAD, en la escala de estrés percibido (PSS-10) y en las dos escalas de insomnio (COS y EPS). Estrés percibido e insomnio presentaron las correlaciones más elevadas. El consumo de ansiolíticos correlacionó negativamente con las competencias de habilidades sociales y afrontamiento emocional, lo que indicaría un nivel de dificultad mayor para las relaciones interpersonales y la autorregulación de sus emociones entre las personas que consumen estos psicofármacos.

11.3 ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA

El análisis de supervivencia recogió los resultados del estudio de seguimiento que se prolongó desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2009 y en el que habían participado los 81 pacientes que, al final de su tratamiento de mantenimiento con metadona, iniciaron una desintoxicación de dicho fármaco mediante un procedimiento de reducción gradual de la dosis. Cada participante se fue incorporando en el momento de empezar el proceso de reducción de la dosis de metadona y fue seguido hasta la interrupción de la desintoxicación o de su primera recaída tras el logro de dosis cero (o hasta el cierre del estudio si continuaba desintoxicándose al finalizar el mismo).

El método seleccionado para la estimación del tiempo de supervivencia fue el de Kaplan-Meier (*KM*) y el análisis se realizó en primer lugar para estimar el tiempo de Interrupción de la desintoxicación y, en segundo lugar, el tiempo de logro de dosis cero. También se analizó el tiempo hasta la recaída, cuando la hubo, durante el post-tratamiento en los pacientes que lograron llegar a dosis cero.

Tabla 62. Tiempo de participación en días: Interrupción de la desintoxicación de metadona

Censura	N	Media	Mediana	D.T.	Mínimo	Máximo
tiempos completos	43	212,70	169,00	191,03	21	1028
tiempos censurados	33	318,00	242,00	247,98	40	961
Total	76	258,42	185,00	222,34	21	1028

El porcentaje de casos perdidos (6,20%) y la duración media del periodo de seguimiento, estimado en su conjunto y teniendo en cuenta los casos completos y los censurados (*Tabla 62*), cumplían los criterios de calidad para el análisis (Doménech y Navarro, 2008a).

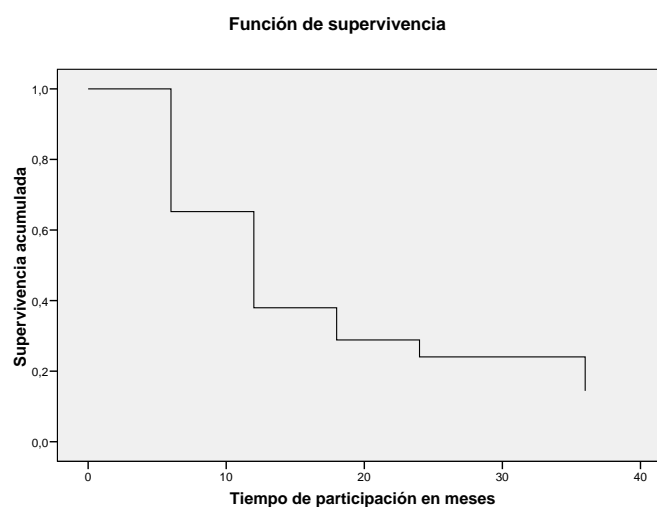
11.3.1 Supervivencia KM – Interrupción

Tabla 63. Medias y medianas del tiempo de supervivencia - Interrupción

Media				Mediana			
Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%		Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%	
		Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
428,21	52,63	325,06	531,37	266,00	17,58	231,54	300,46

En los casos que fracasaron, la media del tiempo de supervivencia (tiempo que dura la desintoxicación antes de tener que ser interrumpida) fue de 428,21 días (ET= 52,63), aproximadamente 14 meses.

Gráfico 35: Tiempo de Supervivencia de la interrupción de la desintoxicación de metadona



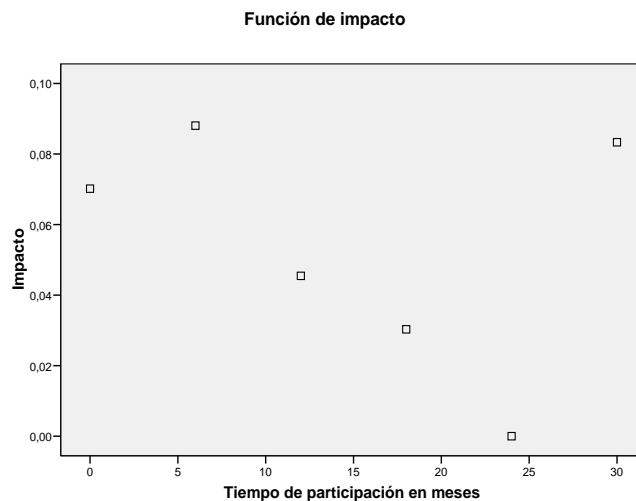
En el gráfico se observa que la probabilidad de supervivencia (supervivencia acumulada) descendió rápidamente durante el primer año.

El mismo resultado se refleja en la estimación de la función de riesgo. La mayor tasa de impacto para la interrupción se produjo en el primer semestre del inicio de la desintoxicación. A partir del primer año se redujo el riesgo de interrupción de la desintoxicación y reapareció en el último periodo de los tres años de seguimiento en los que se hizo el estudio.

Tabla 64. Mortalidad en la interrupción de la desintoxicación.
(Intervalos de 6 meses)

Momento de inicio del intervalo	Densidad de probabilidad	Error típico de la densidad de probabilidad	Tasa de impacto	Error típico de tasa de impacto
0,00	0,06	0,01	0,07	0,01
6,00	0,05	0,01	0,09	0,02
12,00	0,02	0,01	0,05	0,03
18,00	0,01	0,01	0,03	0,03
24,00	0,00	0,00	0,00	0,00
30,00	0,02	0,01	0,08	0,08

Grafico 36: Tasa de impacto de la interrupción de la desintoxicación de metadona



11.3.2 Supervivencia KM – Dosis Cero

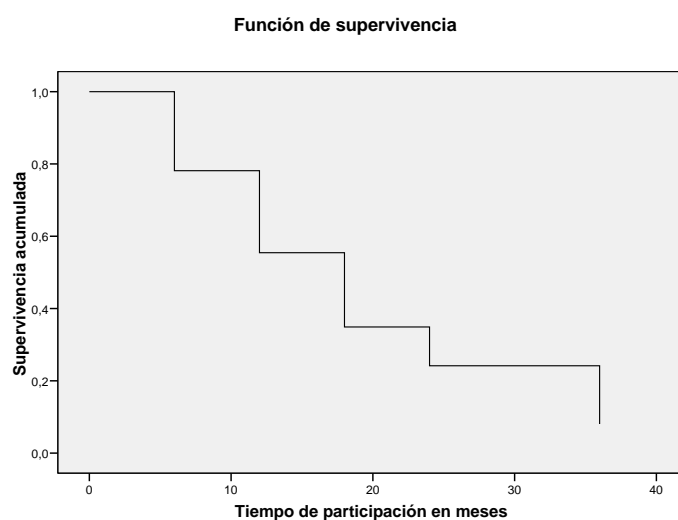
En los casos que llegaron a dosis cero, la media del tiempo de supervivencia fue de 469,81 días (ET= 52,76). Es decir, lo lograron por término medio hacia los 15 meses de haber iniciado la desintoxicación

Tabla 65. Medias y medianas del tiempo de supervivencia – Dosis Cero

Media				Mediana			
Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%		Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%	
		Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
469,81	52,76	366,40	573,23	441,00	119,26	207,25	674,76

La probabilidad de alcanzar el éxito en la desintoxicación de metadona fue mayor durante el último semestre del periodo de seguimiento del estudio, tal y como se refleja en la tabla de mortalidad y el gráfico de supervivencia acumulada

Gráfico 37: Tiempo de Supervivencia del logro de dosis cero de metadona



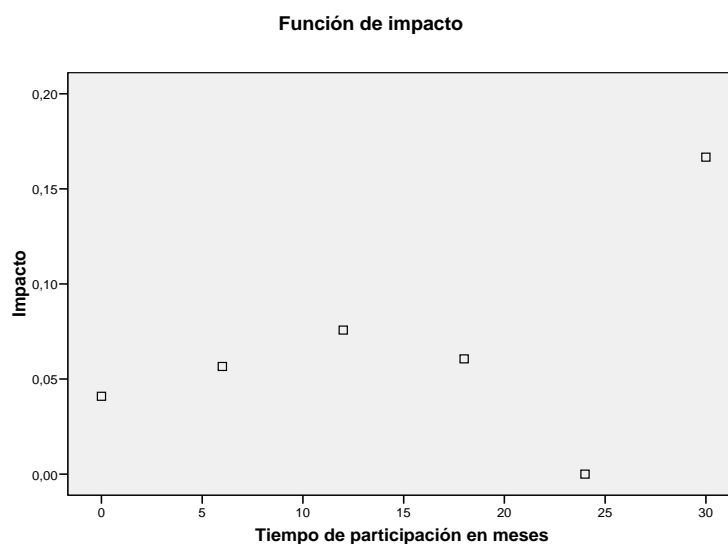
El logro de dosis cero fue más homogéneo a lo largo del tiempo.

Tabla 66. Mortalidad en el logro de dosis cero. (Intervalos de 6 meses)

Momento de inicio del intervalo	Densidad de probabilidad	Error típico de la densidad de probabilidad	Tasa de impacto	Error típico de tasa de impacto
0,00	0,04	0,01	0,04	0,01
6,00	0,04	0,01	0,06	0,02
12,00	0,03	0,01	0,08	0,03
18,00	0,02	0,01	0,06	0,04
24,00	0,00	0,00	0,00	0,00
30,00	0,03	0,02	0,17	0,10

A los 12 meses se observó un incremento de la tasa de impacto (aumento de la probabilidad de lograr la dosis cero de metadona). Después se redujo drásticamente y repuntó con fuerza a los 30 meses de haberse iniciado la desintoxicación.

Grafico 38: Tasa de impacto del logro de dosis cero en la desintoxicación de metadona



11.3.3 Supervivencia KM - Recaída

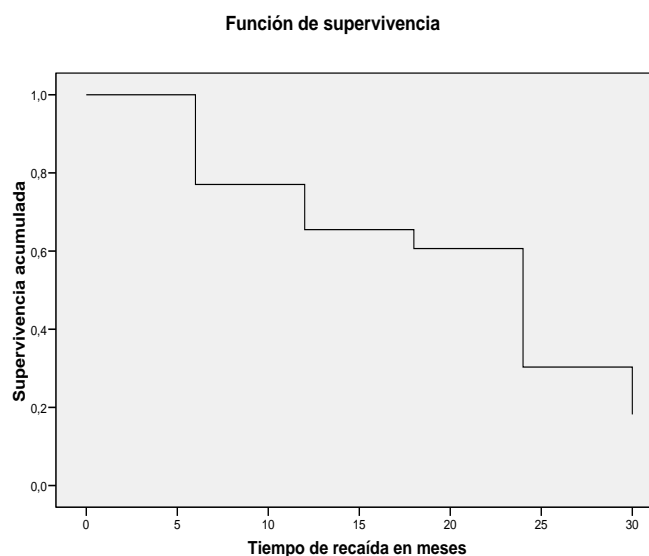
De los 76 pacientes en seguimiento, 32 llegaron a dosis cero, de los cuales 17 tuvieron una recaída antes de finalizar el periodo de seguimiento del estudio el 31 de diciembre de 2009. El análisis de supervivencia de las recaídas indica el tiempo medio que tardaron los pacientes en recaer desde que lograron la desintoxicación de metadona.

Tabla 67. Medias y medianas del tiempo de supervivencia – Recaída tras dosis cero

Media				Mediana			
Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%		Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%	
		Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior
516,24	60,43	397,80	634,68	556,00	14,18	528,21	583,80

La media de tiempo sin recaídas fue de 17 meses y el mayor impacto se produjo entre los 20 y los 24 meses tras el logro de dosis cero. En este periodo fue cuando los pacientes presentaron una mayor probabilidad de recaer.

Grafico 39. Tiempo de supervivencia de recaídas tras dosis cero



La tasa de impacto refleja los mismos resultados. La probabilidad de recaída descendió durante el primer año y se incrementó bruscamente hacia los 18 meses para reducirse ligeramente a continuación, pero manteniendo niveles altos de riesgo de recaída.

Grafico 40. Tasa de impacto de recaídas tras dosis cero

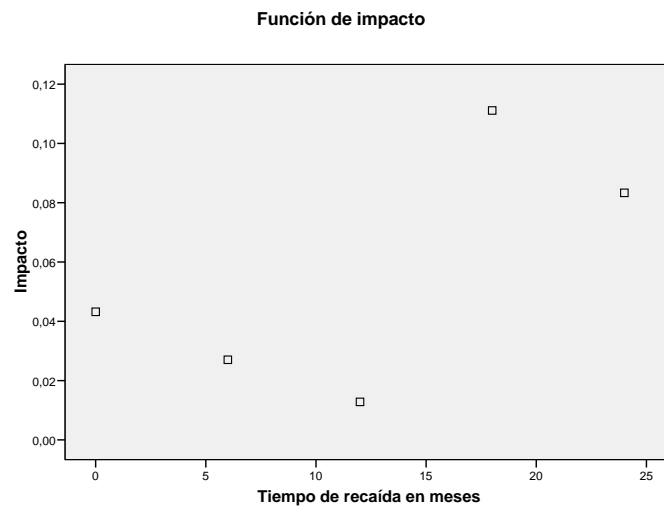


Tabla 68. Mortalidad en recaídas tras dosis cero. (Intervalos de 6 meses)

Momento de inicio del intervalo	Densidad de probabilidad	Error típico de la densidad de probabilidad	Tasa de impacto	Error típico de tasa de impacto
0,00	0,04	0,01	0,04	0,02
6,00	0,02	0,01	0,03	0,02
12,00	0,01	0,01	0,01	0,01
18,00	0,05	0,02	0,11	0,05
24,00	0,02	0,02	0,08	0,08

11.3.4 Comparación de curvas de supervivencia:

Resultó de interés para el estudio analizar las variables relacionadas con los tiempos de supervivencia de los pacientes que no lograron desintoxicarse en el proceso de retirada de metadona.

Para el análisis se consideró como evento terminal la interrupción del proceso de desintoxicación de metadona. El objetivo fue analizar las diferencias entre las distintas categorías de las variables respecto a los tiempos de supervivencia (Véanse *Tablas 69 y 70*). La prueba estadística empleada fue la de Mantel-Cox (Log Rank).

Tabla 69. Significación estadística curvas tiempos de supervivencia

Variables	χ^2 (Log Rank)	gl	p
Años TMM	4,29	1	0,04
Adicción Bzd.	4,85	1	0,03
Nivel de estrés percibido	4,18	1	0,04
Intentos DX	8,12	2	0,02
Consumo Cocaína durante DX	5,27	1	0,02
Consumo heroína durante DX	4,54	1	0,03
Ttos. Farmacológicos coadyuvantes	10,91	1	0,00
T. social durante la DX	6,73	1	0,01
Duración de la DX	57,15	1	0,00
Dosis final DX	31,90	1	0,00
SAO Final	11,52	1	0,01

Entre los pacientes que no lograron llegar a dosis cero de metadona tuvieron mejores tiempos de supervivencia, es decir, tardaron más tiempo en interrumpir el proceso de desintoxicación de metadona aquellos que:

- ✓ Llevaban menos de 4 años en tratamiento de mantenimiento con metadona
- ✓ No presentaban un problema de adicción a las benzodiazepinas
- ✓ No percibían su situación actual como estresante
- ✓ Habían realizado uno o dos intentos previos de desintoxicación
- ✓ Existía acuerdo entre la opinión del paciente y la del equipo para proceder a la desintoxicación de metadona
- ✓ No habían consumido cocaína o heroína durante el proceso de desintoxicación
- ✓ Habían sido tratados durante la desintoxicación con fármacos coadyuvantes al procedimiento de retirada gradual de la dosis
- ✓ Habían recibido atención social durante el proceso de desintoxicación
- ✓ El tiempo invertido en la desintoxicación había sido prolongado
- ✓ Habían logrado reducir la dosis de metadona hasta los 10 mg/día
- ✓ Habían presentado sintomatología alta de abstinencia a opiáceos en la fase final de la desintoxicación (dosis <25 mg/día).

Tabla 70. Medias y medianas del tiempo de supervivencia hasta la interrupción de la desintoxicación

VARIABLES	Categorías	Media(a)				Mediana			
		Esti- mación	Error típico	Intervalo de con- fianza al 95%		Esti- mación	Error típico	Intervalo de con- fianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
Años en TMM	hasta 4 años	531,90	67,74	399,12	664,68	340,00	.	.	.
	más de 4 años	293,09	52,68	189,84	396,33	251,00	43,57	165,60	336,41
Adicción Bzd.	no	397,92	76,03	248,91	546,94	340,00	91,12	161,41	518,60
	si	145,39	16,91	112,25	178,54	157,00	19,95	117,90	196,11
Nivel de Estrés	normalidad	651,01	123,23	409,49	892,53	.	.	.	.
	leve	455,63	95,27	268,91	642,35	235,00	47,48	141,94	328,06
	moderado	290,08	45,63	200,66	379,51	242,00	120,93	4,98	479,02
	alto	345,99	84,99	179,40	512,57	259,00	44,18	172,40	345,60
Intentos Dx	ninguno	345,66	63,25	221,70	469,63	235,00	50,07	136,85	333,15
	uno o dos	596,94	91,60	417,41	776,47	448,00	225,46	6,11	889,89
	tres o más	212,00	49,18	115,61	308,39	188,00	64,85	60,90	315,10
Consumo CC durante Dx	no	502,59	67,80	369,70	635,49	340,00	88,14	167,25	512,75
	si	298,97	61,32	178,77	419,16	235,00	64,39	108,80	361,20
Consumo H durante Dx	no	457,26	56,76	346,01	568,52	340,00	97,00	149,88	530,12
	si	274,15	83,98	109,56	438,74	169,00	94,00	0,00	353,24
Ttos. Farma Coadyuv.	no	330,30	45,91	240,32	420,28	235,00	34,60	167,19	302,82
	si	787,52	131,51	529,77	1045,27	1028,00	0,00	.	.
T. Social durante Dx	no	550,67	73,12	407,35	693,98	497,00	52,79	393,54	600,46
	si	328,03	68,83	193,12	462,94	242,00	31,60	180,07	303,93
Duración De La Dx.	<3 mes	75,06	7,04	61,26	88,85	78,00	10,95	56,54	99,46
	3-12 ms.	263,16	14,64	234,46	291,86	259,00	14,41	230,76	287,24
	13-24 ms.	634,33	51,00	534,37	734,29	727,00	0,00	.	.
	>24 ms	1028,00	0,00	1028,00	1028,00	1028,00	.	.	.
Dosis Final de la Dx.	<10 mg.	702,82	73,96	557,85	847,79	.	.	.	.
	10-25 mg.	191,17	39,85	113,06	269,27	157,00	33,78	90,80	223,20
	26-50 mg.	287,77	78,44	134,02	441,52	222,00	74,29	76,38	367,62
	51-75 mg.	165,75	54,58	58,77	272,73	98,00	96,50	0,00	287,14
	76-100 mg.	142,33	39,67	64,59	220,08	182,00	0,00	.	.
	>100 mg.	83,50	62,50	0,00	206,00	21,00	.	.	.
Intensidad SAO Final	nula	294,07	45,07	205,73	382,42	235,00	38,69	159,17	310,83
	baja	570,65	95,07	384,32	756,98	448,00	.	.	.
	moderada	714,67	201,13	320,45	1108,88	.	.	.	.
	alta	1028,00	0,00	1028,00	1028,00	1028,00	.	.	.

11.4 ANÁLISIS BIVARIANTE

En un segundo nivel analítico del estudio se exploraron las posibles asociaciones entre las variables personales, las variables del TMM y las variables del proceso de desintoxicación, con los resultados del proceso de retirada del fármaco, después de un tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM). El análisis se efectuó en dos momentos: el primero en cuanto al logro de dosis cero mediante el procedimiento de reducción gradual de la dosis de metadona; el segundo en cuanto al mantenimiento de la abstinencia post-tratamiento hasta seis meses después de la desintoxicación.

Las variables exploradas (*exposición*) se clasificaron en función de su relación con:

- Las características de los participantes en el estudio
- El tipo de tratamiento de mantenimiento con metadona que siguieron
- El propio procedimiento de desintoxicación de metadona

El resultado (*respuesta*) se estableció desde una doble perspectiva:

- Momento 1 (desintoxicación): logro de dosis cero vs. interrupción (N=75).
- Momento 2 (evolución post-tratamiento): abstinencia vs. recaída (N= 29).

11.4.1 Variables Personales

Los resultados mostraron una ausencia de relación entre las variables sociodemográficas de los participantes y el logro de dosis cero en la desintoxicación de metadona tras un tratamiento sustitutivo. También respecto al mantenimiento de la abstinencia post-tratamiento.

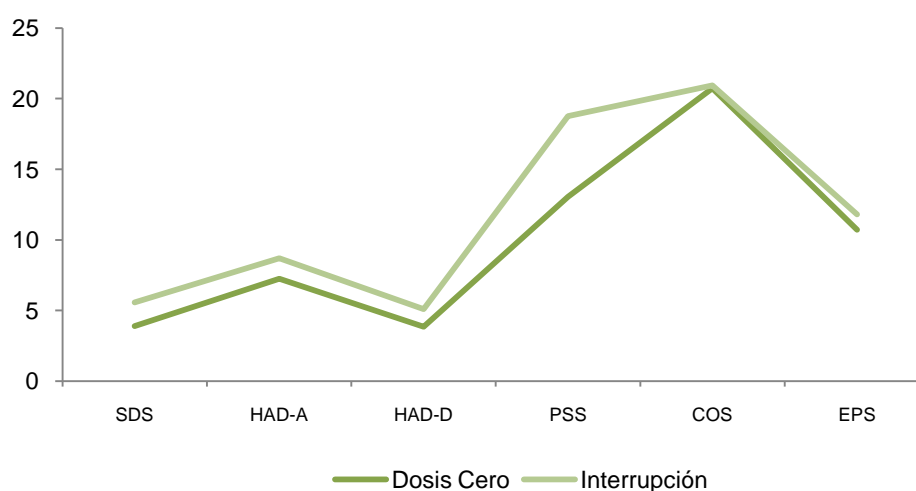
Por interés teórico y clínico, se procedió a explorar variables relacionadas con el estilo de vida. Para ello se transformaron y agruparon algunas variables sociodemográficas y de consumo en una sola variable denominada *estilo de vida*. Las variables exploradas definitorias de la variable global fueron las de convivencia en familia, tener trabajo, no tener incidencias legales actuales y mantener abstinencia a heroína y cocaína los últimos meses del tratamiento. Estas variables en su conjunto se aproximaban a la definición de un estilo de vida alejado del mundo de las drogas. El resultado fue la ausencia de relación entre la variable *estilo de vida* y la variable dependiente, tanto en su primer momento de análisis en el

logro de dosis cero de metadona ($t' (54,34) = -0,54; p = 0,59; d = 0,14$), como en el mantenimiento de la abstinencia durante el post-tratamiento ($t (27) = -0,74; p = 0,47; d = -0,31$).

Variables clínicas como las patologías biomédicas y la medicación a la que estaban sometidos los pacientes por dichas patologías, no mostraron asociación con los resultados del proceso de desintoxicación de metadona ni con el mantenimiento de la abstinencia post-tratamiento.

Entre las variables clínicas sobre estados afectivos (ansiedad, depresión, estrés), insomnio y adicción a benzodiacepinas, medidas a través de los correspondientes instrumentos de evaluación, se observaron unas puntuaciones medias inferiores en todas las variables del grupo de personas que lograron llegar a dosis cero respecto a las que interrumpieron el proceso de desintoxicación, mostrando una tendencia de menor alteración emocional en los participantes que llegaron al final de la desintoxicación. Respecto al mantenimiento de la abstinencia tras la desintoxicación (hasta 6 meses post-tratamiento) las diferencias entre las puntuaciones medias resultaron insignificantes (*Tabla 71*).

Gráfico 41. Puntuaciones medias de variables clínicas (HADS, PSS-10, EPS, COS, SDS) según resultados desintoxicación



En el momento 1 (desintoxicación), las diferencias entre las medias calculadas obtuvieron significación estadística en las puntuaciones correspondientes a la ansiedad, medida a través de la subescala del HAD y el estrés percibido, según los resultados obtenidos en la PSS-10 por los participantes en el estudio. El tamaño del efecto resultó moderado en el caso de la ansiedad ($d = -0,49$) y elevado en el del estrés percibido ($d = -0,75$), indicando la potencia de la asociación de esta última variable con el éxito en la desintoxicación. Los resultados en el post-tratamiento fueron contrarios a los esperados, sin que las diferencias fueran significativas y considerando que el tamaño de la muestra puede producir inestabilidad en los resultados.

Se compararon también las medias de las puntuaciones obtenidas por los participantes en las 9 subescalas del Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP. Pedrero *et al.*, 2005), en función del resultado en la desintoxicación de metadona y de la evolución post-tratamiento. Para facilitar la interpretación de los resultados, se recodificó la variable *afrentamiento-emoción* en términos de competencia y no de reactividad emocional, invirtiendo el signo de las puntuaciones: a mayor puntuación, mayor nivel de competencia en afrontamiento emocional (Tabla 71).

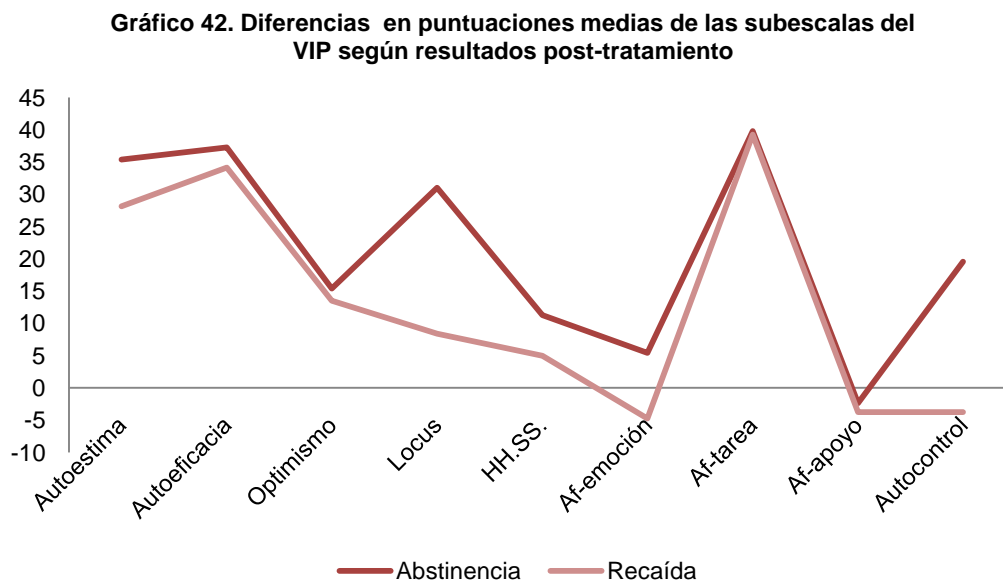


Tabla 71. Estadísticos descriptivos, prueba de contraste y tamaño del efecto. Puntuaciones en cuestionarios de evaluación y resultados retirada de metadona.

Momento 1						Momento 2				
	Dosis Cero N= 32 Media (DT)	Interrupción N= 43 Media (DT)	t (gl= 73)	p	d (Cohen)	Abstinencia N= 21 Media (DT)	Rec. < 6 ms. N= 8 Media (DT)	t (gl= 29)	p	d (Cohen)
HAD-A	7,25 (2,66)	8,70 (3,15)	2,10	0,04	-0,49	7,33 (3,09)	7,13 (1,73)	0,18	0,86	0,07
HAD-D	3,84 (3,84)	5,09 (4,64)	1,24	0,22	-0,29	4,48 (4,155)	3,63 (2,88)	0,53	0,60	0,22
PSS-10	13,06 (7,71)	18,77 (7,60)	3,20	0,002	-0,75	13,62 (8,57)	12,88 (5,92)	0,23	0,82	0,09
COS	20,74 (10,03)	20,95 (8,54)	0,10	0,92	-0,02	21,81 (10,61)	20,25 (9,00)	0,37	0,72	0,15
EPS	10,72 (8,33)	11,81 (6,28)	0,65	0,2	-0,15	12,33 (8,86)	9,75 (6,32)	0,75	0,46	0,31
Autoestima	34,56 (29,28)	32,48 (38,88)	-0,25	0,80	0,06	35,38 (32,27)	28,13 (24,64)	0,57	0,57	0,24
Autoeficacia	32,25 (25,80)	32,65 (28,06)	-0,41	0,69	-0,01	37,29 (25,79)	34,13 (28,50)	0,29	0,78	0,12
Optimismo	15,47 (26,52)	19,55 (32,24)	0,58	0,57	-0,14	15,38 (28,31)	13,50 (26,03)	0,16	0,87	0,07
Locus Control	24,00 (40,57)	27,95 (49,39)	0,36	0,72	-0,09	31,00 (44,13)	8,38 (30,90)	1,33	0,20	0,55
HH. Sociales	9,75 (35,30)	22,58 (38,78)	1,45	0,15	-0,34	11,29 (36,41)	5,00 (34,95)	0,42	0,68	0,17
Af. Emoción_R	38,34 (23,79)	28,35 (28,70)	1,04	0,30	-0,38	5,43 (40,24)	-4,75 (23,68)	0,67	0,51	0,28
Af. Tarea	3,53 (35,80)	12,00 (33,17)	-1,58	0,12	-0,25	39,81 (24,10)	39,25 (23,87)	0,06	0,96	0,02
Af. Apoyo	0,00 (47,99)	-16,75 (44,16)	-1,54	0,13	0,36	-2,38 (51,66)	-3,75 (45,34)	0,07	0,95	0,03
Autocontrol	14,44 (31,63)	4,98 (29,31)	-1,31	0,19	0,31	19,57 (33,35)	-3,75 (25,68)	1,78	0,09	0,74
	N= 9	N= 19	(gl= 26)			N= 6	N= 2	(gl= 6)		
SDS	3,89(2,26)	5,58 (3,67)	1,27	0,217	-0,51	4,33 (2,658)	2,50 (0,707)	0,92	0,39	0,75

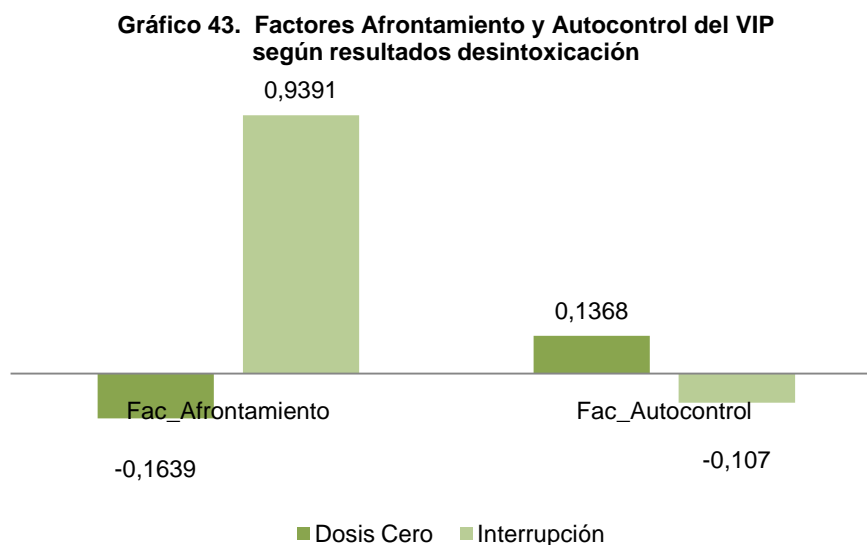
En relación al logro de dosis cero (Momento 1), la mayoría de las subescalas del VIP presentaron puntuaciones medias más altas entre los participantes que interrumpieron el proceso de desintoxicación, con excepción de las competencias en autoestima, afrontamiento emocional, apoyo social y autocontrol. No se encontraron diferencias con significación estadística en ninguna de ellas. Apoyo social y autocontrol mostraron un tamaño del efecto entre leve y moderado ($d= 0,36$ y $d= 0,31$, respectivamente). En la fase de post-tratamiento (Momento 2), los participantes abstinentes presentaron puntuaciones más altas en todas las subescalas del VIP, aunque sin llegar a la significación estadística. Las mayores diferencias se pudieron apreciar en las competencias de locus de control ($t(29)= 1,33$; $p= 0,20$; $d= 0,55$) y autocontrol ($t(29)= 1,78$; $p= 0,09$; $d= 0,74$). El tamaño del efecto en el caso del autocontrol durante el post-tratamiento es elevado, lo que podría indicar que en muestras de mayor tamaño, la asociación de esta variable con el mantenimiento de la abstinencia durante los meses siguientes a la desintoxicación podría alcanzar la significación estadística.

Por interés clínico se procedió a explorar la relación entre cada uno de los dos factores del VIP extraídos por análisis factorial y la variable dependiente en sus dos momentos: logro de dosis cero y mantenimiento de la abstinencia durante el post-tratamiento.

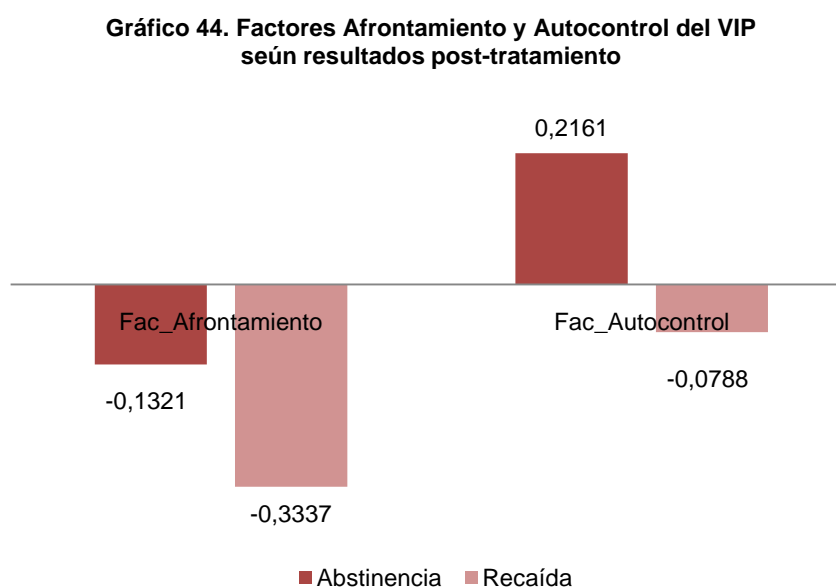
El gráfico 43 muestra resultados paradójicos en el momento 1 de la observación, para el Factor-Afrontamiento (habilidades sociales, optimismo, autoestima, emoción y locus de control), indicando que los pacientes que lograron la dosis cero tenían un menor nivel de competencia que los pacientes que interrumpieron el proceso de desintoxicación ($t(70)= 1,15$; $p= 0,26$; $d= -0,26$). En el Factor-Autocontrol (tarea, autoeficacia y autocontrol), las diferencias entre los dos grupos siguieron la dirección esperada, aunque la diferencia entre las medias no lograron la significación estadística en ningún caso ($t(70)= -1,14$; $p= 0,26$; $d= 0,28$).

En el gráfico 44, los resultados para el momento 2 de la observación (la evolución de los pacientes durante el post-tratamiento), muestran puntuaciones más altas tanto en el Factor-Afrontamiento como en el Factor-Autocontrol, aunque el nivel competencial en el Factor Afrontamiento fue bajo en ambos grupos y las diferencias tampoco alcanzaron la sig-

nificación estadística (F. Afrontamiento: $t(27) = 0,56$; $p = 0,58$; $d = 0,28$; y F. Autocontrol: $t(27) = 0,84$; $p = 0,41$; $d = 0,36$).



El tamaño del efecto correspondiente al Factor-Autocontrol fue el más elevado en ambos casos, coherentemente con los resultados obtenidos en el análisis de las subescalas sin agrupar en factores, aunque la potencia estadística no llegó a un nivel moderado.



Se deben tener en cuenta para el análisis de las competencias dos cuestiones importantes. La primera de ellas respecto a las puntuaciones del conjunto de la muestra que, como quedó reflejado en la *Figura 5* (pag. 249), sobre el perfil cuasi-individualizado de todos los participantes en el estudio y en la comparación con otras muestras de pacientes drogodependientes en tratamiento (*Tabla 55*; pag. 247), alcanzaron niveles competenciales dentro del promedio, lo que se puede interpretar como que la mayoría de los pacientes que fueron desintoxicados al finalizar un TMM, habían alcanzado un nivel suficiente de las competencias evaluadas. La segunda cuestión está relacionada con el tamaño de la muestra, muy pequeña para el análisis de la evolución post-tratamiento de los participantes que finalizaron la desintoxicación llegando a dosis cero (N= 29), lo que debe hacernos interpretar los resultados con cautela.

Por último y en relación a las variables personales exploradas, el consumo de sustancias durante el TMM, considerado como una variable binaria, se evaluó a través del Autoinforme y se comparó con los resultados de la desintoxicación de metadona y de la evolución post-tratamiento. Los resultados no fueron estadísticamente significativos. Es necesario recordar que el porcentaje de pacientes abstinentes al finalizar el TMM fue bastante elevado en la mayoría de las sustancias (73,4% para la heroína; 65,8% cocaína; 62% cánnabis y 61,7% benzodiacepinas), con excepción de la abstinencia de alcohol que sólo alcanzó al 37,7% de pacientes.

Resumiendo, los resultados parecían sugerir la posibilidad de que la ansiedad y sobre todo el estrés percibido por los participantes, pudieran ser variables relacionadas con la mayor o menor probabilidad de lograr la dosis cero. El mantenimiento de la abstinencia post-tratamiento parecía estar más vinculado a variables competenciales, sin embargo el tamaño pequeño de la muestra no permitía en este caso afirmarlo con seguridad.

11.4.2. Variables del Tratamiento de Mantenimiento con Metadona.

Las variables más relevantes del tipo de tratamiento de mantenimiento de metadona que siguieron los participantes del estudio ofrecieron algunas diferencias entre las medias obtenidas, según se aprecia en los resultados de la desintoxicación de metadona y de la evolución post-tratamiento (Véase *Tabla 72*).

El tiempo medio de permanencia en tratamiento fue inferior en el grupo de pacientes que llegó a dosis cero en el proceso de desintoxicación de metadona, siendo la diferencia significativa y el tamaño del efecto elevado, indicando que los pacientes con menos años de tratamiento lograron desintoxicarse en mayor medida que los pacientes con más años de tratamiento ($t' (72,844) = 3,30$; $p = 0,001$; $d = -0,73$).

En los resultados post-tratamiento, aunque sin llegar a la significación estadística, la mayor potencia del efecto se pudo observar en la edad de inicio del tratamiento de mantenimiento con metadona ($d = -0,71$). Si la diferencia entre medias hubiera sido significativa, hubiera indicado que los participantes que se sometieron al TMM a edades más tempranas, fueron los que mantuvieron la abstinencia durante los meses que siguieron a la desintoxicación.

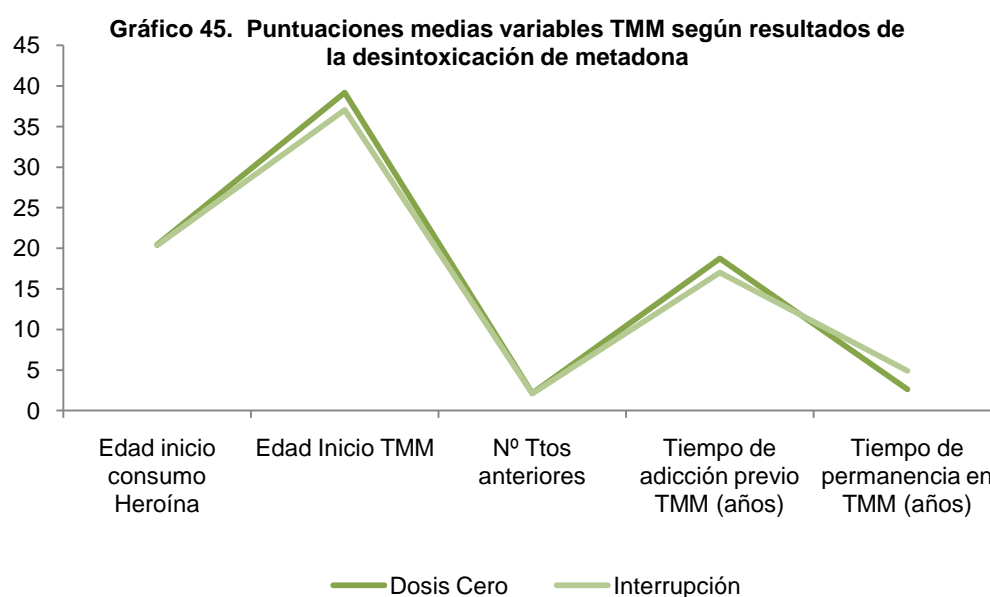


Tabla 72. Estadísticos descriptivos, prueba de contraste y tamaño del efecto. Variables cuantitativas del TMM y resultados retirada de metadona.

Momento 1						Momento 2				
	Dosis Cero N= 32 Media (DT)	Interrupción N= 43 Media (DT)	<i>t</i> (gl= 73)	<i>p</i>	<i>d</i> (Cohen)	Abstinencia N= 21 Media (DT)	Rec. < 6 ms.. N= 8 Media (DT)	<i>t</i> (gl= 27)	<i>p</i>	<i>d</i> (Cohen)
Edad Inicio consumo de heroína	20,44 (5,24)	20,38 (5,35)	-0,045	0,96	0,01	38,99 (6,43)	40,09 (6,10)	-1,71	0,10	-0,17
Edad inicio TMM	39,17 (6,13)	37,07 (6,37)	-1,44	0,15	0,33	19,14 (3,64)	22,38 (6,50)	-0,42	0,68	-0,71
Nº tratamientos anteriores	2,16 (1,61)	2,12 (1,67)	-0,10	0,92	0,02	2,00 (1,48)	2,38 (1,77)	-0,58	0,57	-0,24
Años de adicción previos TMM	18,74 (5,76)	17,02 (6,10)	-1,23	0,22	0,29	19,85 (6,31)	17,72 3,04)	0,91	0,37	0,38
Años de permanencia TMM	2,64 (2,47)	4,91 (3,49)	3,30	0,001	-0,73	2,84 (2,87)	2,14 (1,57)	0,64	0,52	0,27

Otras variables del TMM presentaron diferencias significativas entre los dos grupos analizados respecto a las proporciones obtenidas en los dos momentos de la variable dependiente estudiada (*Tabla 73*). Fueron los casos de servicio psicológico, servicio de orientación laboral y frecuencia de uso del servicio de orientación laboral; las diferencias aparecen en relación al resultado de la desintoxicación. Respecto a la evolución post-tratamiento, alcanzó significación estadística la adhesión terapéutica durante el TMM aunque el resultado debe valorarse con precaución, teniendo en cuenta el tamaño del grupo de participantes que lograron desintoxicarse y ser evaluados en un segundo momento del análisis. El consumo de sustancias durante el TMM, en los meses anteriores a iniciar la desintoxicación, no ofreció diferencias significativas entre los grupos en ninguno de los dos momentos de la retirada de metadona.

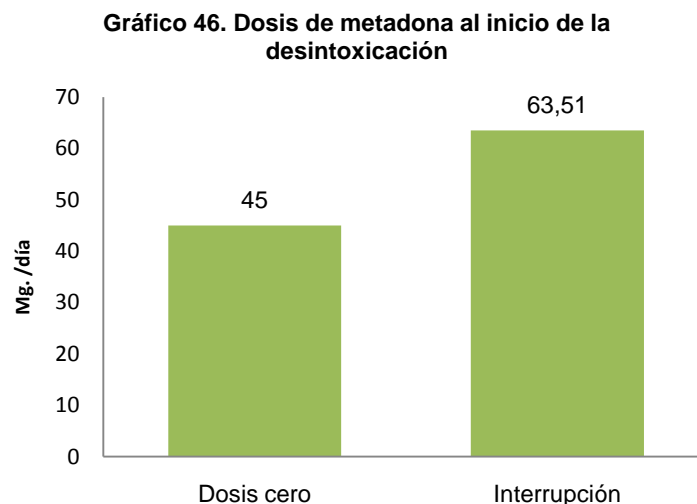
Tabla 73. Significación de diferencias entre proporciones. Variables categóricas del TMM y resultados de la retirada de metadona

	Momento 1			Momento 2		
	Dosis Cero N=32		Interrupción N=43	Abstinencia N=21		Rec. < 6 ms. N=8
	χ^2	gl	p	χ^2	gl	p
Adhesión TMM	3,20	1	0,07	4,07	1	0,04
S. psicológico	5,55	1	0,02	0,54	1	0,46
S. social	0,70	1	0,40	2,72	1	0,10
S. laboral	4,23	1	0,04	0,34	1	0,56
Frec. s.psico.	2,38	1	0,12	0,62	1	0,43
Frec. s. social	4,20	2	0,12	0,39	1	0,54
Frec. s. laboral	7,31	2	0,03	1,72	2	0,42
Heroína habitual	0,03	1	0,85	0,02	1	0,90
Cocaína habitual	0,20	1	0,65	0,16	1	0,90
Alcohol habitual	0,00	1	0,97	0,01	1	0,91
Cánnabis hab.	0,78	1	0,38	1,18	1	0,28

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la satisfacción de los participantes en el estudio con los diferentes servicios utilizados en el tratamiento, ni en cuanto a la valoración subjetiva de la efectividad del tratamiento de mantenimiento con metadona. Otras variables como la frecuencia de realización de controles toxicológicos de orina, el lugar de recogida y la persona que recoge la dosis de metadona tampoco ofrecieron resultados con significación estadística.

11.4.3 Variables del proceso de retirada de metadona.

Las variables correspondientes a las características del proceso de retirada de metadona fueron las que lograron mayor significación estadística. Se clasificaron en variables de tipo motivacional para realizar la desintoxicación (ventajas, temor a la retirada de metadona, inconvenientes a continuar en TMM); variables sobre el procedimiento utilizado y su evolución (dosis inicial de retirada, evaluación previa, acuerdo en la prescripción, tiempo empleado en llegar a dosis cero, ratio de reducción en función del tiempo, tratamientos farmacológicos coadyuvantes, adhesión terapéutica, intervención psicológica, intervención social); y variables que reflejaban algún tipo de riesgo para el éxito del proceso (consumo de sustancias, sintomatología de abstinencia). (Véanse *Tablas 74 y 75*).



Las variables de tipo motivacional no lograron significación estadística al comparar los dos grupos de participantes, tanto en el momento 1 de la desintoxicación, como en el momento 2 de la evolución post-tratamiento.

La mayoría de las variables de procedimiento analizadas con significación estadística estuvieron asociadas a la fase de desintoxicación hasta llegar a dosis cero. Resultaron significativas en relación a la desintoxicación (momento 1), la dosis inicial, ($t(73) = 2,11$; $p = 0,04$; $d =$

-0,49), como punto de partida para proceder a la reducción gradual hasta llegar a dosis cero; la adhesión al tratamiento durante la desintoxicación ($Chi-cuadrado= 8,79$; $p= 0,003$), como el cumplimiento de instrucciones o pautas y la asistencia a los servicios sanitarios. También el tipo de evaluación realizada antes de iniciar la desintoxicación ($Chi-cuadrado= 5,36$; $p= 0,02$), que se asociaba con buenos resultados al considerar relevante una evaluación integral (médica, psicológica y/o social) frente a una opinión exclusivamente biomédica. La mayor significación estadística en el logro de dosis cero apareció en la utilización de tratamientos farmacológicos coadyuvantes al procedimiento de reducción gradual de la dosis de metadona ($Chi-cuadrado= 11,94$; $p= 0,001$). El acuerdo entre el paciente y el equipo para proceder a la retirada de metadona estuvo asociado con buenos resultados tanto para llegar a dosis cero ($Chi-cuadrado= 10,02$; $p= 0,002$), como para mantener la abstinencia durante el post-tratamiento ($Chi-cuadrado= 8,78$; $p= 0,003$). La intervención con trabajo social se relacionó con buenos resultados durante la desintoxicación ($Chi-cuadrado= 6,98$; $p= 0,008$), mientras que la intervención psicológica individual fue más determinante en el post-tratamiento ($Chi-cuadrado= 4,07$; $p= 0,04$) para el mantenimiento de la abstinencia y la prevención de recaídas. La educación social no alcanzó resultados significativos en la comparación de los grupos en ninguno de los dos momentos de la evaluación.

Como variables de interés para la evolución del proceso de retirada de metadona, se analizaron la duración del proceso (tiempo de desintoxicación) y el porcentaje de reducción de dosis (ratio), en función del tiempo empleado (meses).

El tiempo empleado en la reducción de la dosis de metadona fue significativamente mayor en aquellos pacientes que tuvieron una buena evolución post-tratamiento manteniendo la abstinencia frente a los que recayeron, presentando un tamaño del efecto moderado con tendencia a alto ($t'(26,98)= 2,27$; $p= 0,03$; $d= 0,65$). La ratio de reducción de dosis (mg/mes), fue menor en los pacientes que mantuvieron la abstinencia a heroína hasta 6 meses después de la desintoxicación que en los pacientes que recayeron; la significación únicamente se dio en la prueba no paramétrica y el tamaño del efecto observado fue moderado ($U= 41$; $Z= -2,10$; $p= 0,04$; $d= 0,59$); no así en la t de Student.

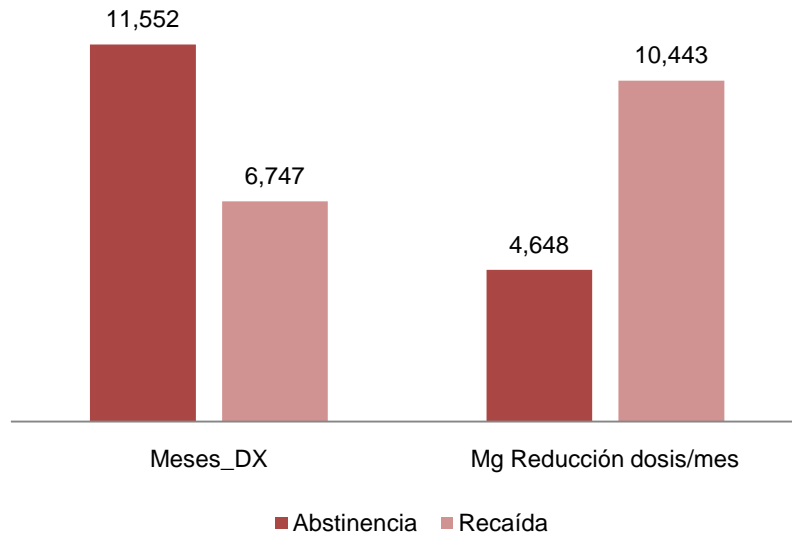
Tabla 74. Estadísticos descriptivos y prueba de contraste. Variables cuantitativas del proceso de retirada de metadona.

Momento 1						Momento 2				
	Dosis Cero N= 32 Media (DT)	Interrupción N= 43 Media (DT)	<i>t</i> (gl= 73)	<i>p</i>	<i>d</i> (Cohen)	Abstinencia N= 21 Media (DT)	Rec. < 6 ms.. N= 8 Media (DT)	<i>t</i> (gl= 27)	<i>p</i>	<i>d</i> (Cohen)
Dosis Inicial	45,00 (27,31)	63,51 (43,57)	2,11	0,04	-0,49	46,05 (31,55)	47,50 (17,15)	-0,12	0,90	-0,05
SAO Final	2,63 (2,89)	1,02 (2,39)	-2,63	0,01	0,62	2,71 (2,97)	2,63 (3,29)	0,07	0,94	0,03
SAO Medio	1,22 (2,352)	1,77 (2,96)	0,87	0,39	-0,20	1,52 (2,58)	0,88 (2,10)	0,63	0,53	0,26
Ratio (mg/mes)	6,16 (6,24)	5,22 (4,55)	-0,75	0,46	0,18	10,44 (11,30)	4,65 (2,30)	-1,45	0,19	0,59
Duración DX (meses)	9,80 (7,37)	6,99 (6,28)	-1,78	0,08	0,42	11,55 (8,44)	6,75 (2,98)	2,27*	0,03	0,65

*($t'(26,98)=2,27$; $p= 0,03$; $d= 0,65$)

Tabla 75. Significación de diferencias entre proporciones. Variables categóricas del proceso de retirada de metadona.

	Momento 1			Momento 2		
	Dosis Cero N= 32		Interrupción N= 43	Abstinencia N= 21		Rec. < 6 ms. N= 8
	X ²	gl=1	p	X ²	gl=1	p
Adherencia_DX	8,79		0,003	1,86		0,17
Evaluación previa	5,36		0,02	2,83		0,09
Prescripción Retirada	10,02		0,002	8,78		0,003
T. farmacológicos coad.	11,94		0,001	1,38		0,24
Psico. individual_DX	1,89		0,17	4,07		0,04
Trabajo Social_DX	6,98		0,008	0,90		0,34
Educación Social_DX	1,44		0,23	0,17		0,68
Heroína_DX	5,63		0,02	8,78		0,003
Cocaína_DX	10,06		0,002	3,18		0,08
Cánnabis_DX	2,41		0,12	1,18		0,28
Alcohol_DX	0,06		0,82	1,18		0,28
Bzd._DX	0,03		0,87	0,12		0,73
Temor Retirada	1,43		0,23	0,07		0,79
Ventajas DX	0,00		0,99	2,56		0,11
Inconvenientes TMM	1,14	2	0,57	0,74	2	0,69
Dosis media TMM	3,90	2	0,14	5,79	2	0,06

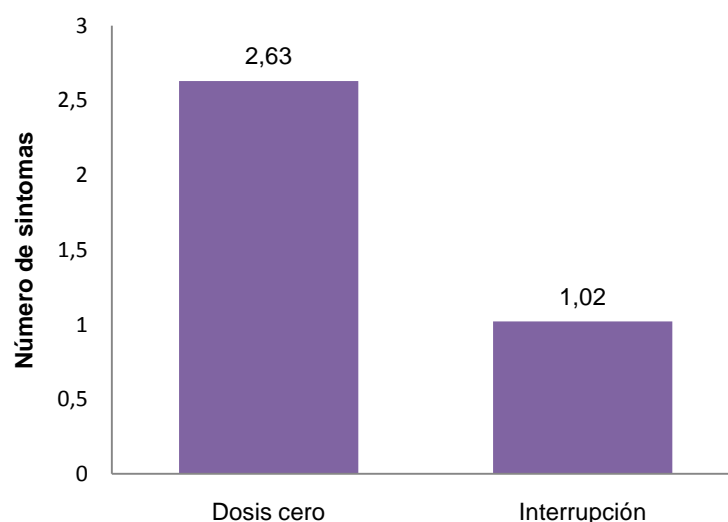
Gráfico 47. Ratio de reducción de dosis en el post-tratamiento

Las variables que indicaban riesgo para el logro de dosis cero y el mantenimiento de la abstinencia durante el post-tratamiento fueron, principalmente, el consumo de sustancias y la sintomatología de abstinencia como efecto de la retirada de la metadona. Además de la relación lógica del consumo de heroína tanto con la interrupción del proceso de desintoxicación de metadona ($\text{Chi-cuadrado}= 5,63$; $p= 0,02$), como con la probabilidad de recaída durante el post tratamiento ($\text{Chi-cuadrado}= 8,78$; $p= 0,003$), se observó que el consumo de cocaína también guardaba una relación estadísticamente significativa en el momento 1 ($\text{Chi-cuadrado}=10,06$; $p= 0,002$), e indicaba que los pacientes que la consumían en este periodo interrumpieron la desintoxicación en mayor medida que los que no hacían uso de esta sustancia. Los consumos de cánnabis, alcohol y/o de benzodiacepinas (incluidas las prescritas facultativamente) no estuvieron significativamente asociados a ninguno de los dos momentos de la variable dependiente evaluada (Véase *Tabla 75*).

En los resultados de la desintoxicación de metadona se observaron igualmente diferencias significativas entre las medias de la sintomatología de abstinencia en la fase final de reducción de dosis de metadona ($t(73)= -2,63$; $p= 0,01$; $d= 0,62$), con un tamaño del efecto

moderado con tendencia a alto y en el sentido de presentar un número mayor de síntomas los pacientes que llegaron a la dosis cero de metadona (*Tabla 76*).

Gráfico 48: Sintomatología de abstinencia a metadona

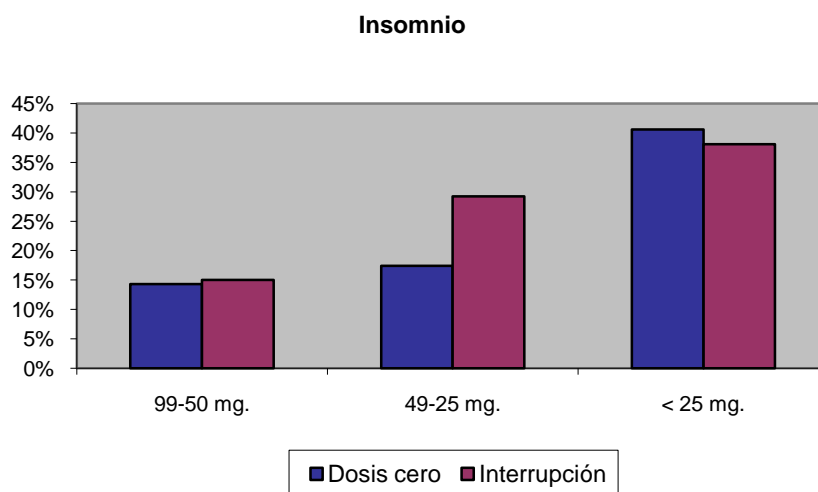
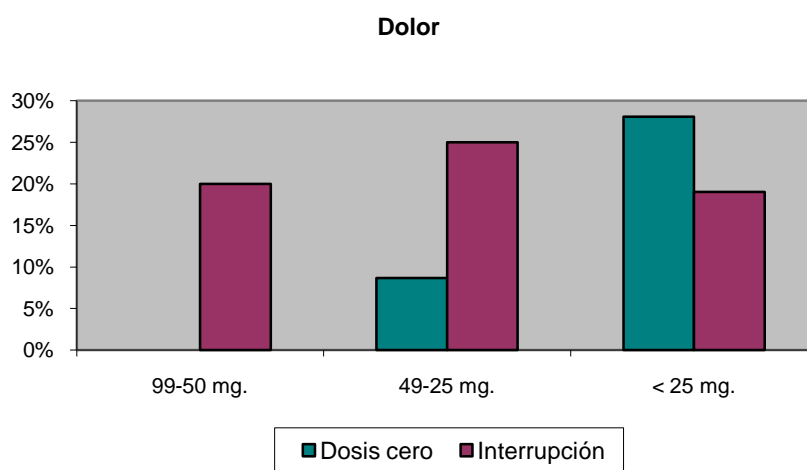
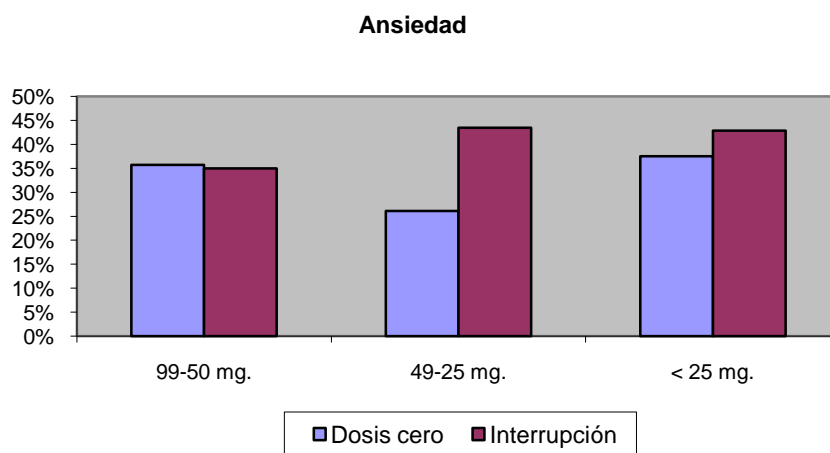


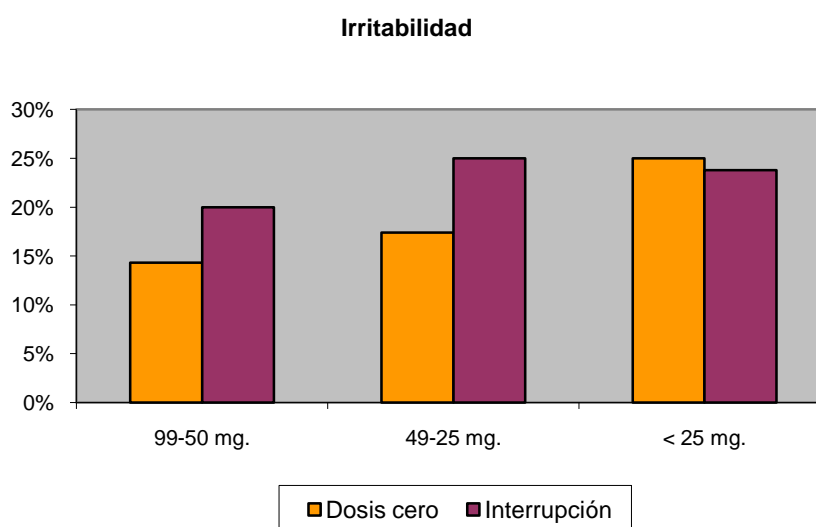
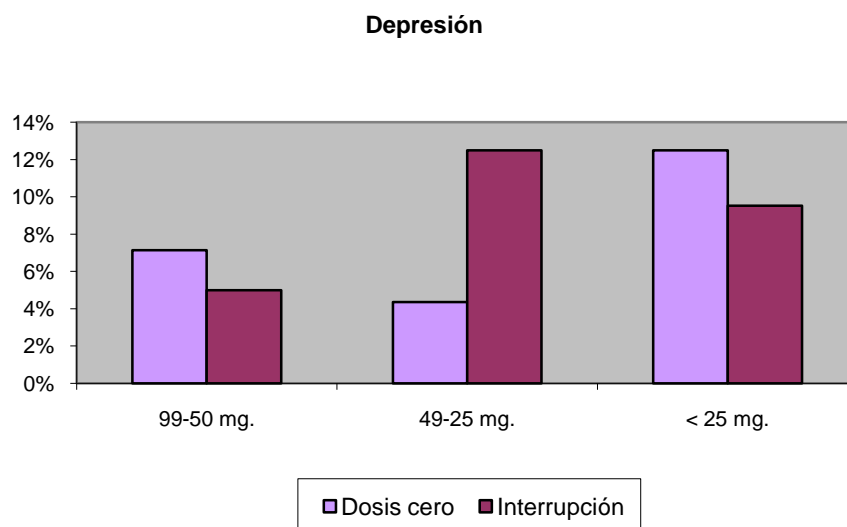
También se apreciaron diferencias de síntomas de abstinencia en la fase intermedia del proceso, cuando la dosis de metadona oscilaba entre 49 y 25 mg/día, aunque las medias del número total de síntomas en esta fase por parte de cada grupo no alcanzaron la significación estadística y el tamaño del efecto observado, de nivel bajo ($d = -0,20$); al igual que en la fase de post-tratamiento ($d = -0,26$).

El SAO (síndrome de abstinencia de opiáceos) en dosis superiores a 50 mg /día, parecía más relevante en dolor, ausente en el grupo de pacientes que llegaron a dosis cero y con presencia en un 25% de los que interrumpieron la desintoxicación.

Los gráficos siguientes muestran el porcentaje de pacientes de cada grupo que presentó sintomatología de abstinencia a opiáceos según fue avanzando el procedimiento de reducción gradual de la dosis de metadona. Se ha obviado la fase inicial (dosis > 100 mg /día) por la escasa aparición de síntomas.

Gráficos 49 a 53. Síntomas más frecuentes del Síndrome de Abstinencia a Opiáceos (SAO) durante las fases de retirada de metadona según resultados de la desintoxicación.





Variables como la dosis media de metadona durante el TMM, el número de intentos previos de desintoxicación, la presencia de patologías orgánicas previas o psicopatologías, la aparición de estas patologías durante el proceso de retirada de metadona o el dispositivo (ambulatorio o cerrado), en el que se llevó a cabo la desintoxicación, no guardaron relación con el resultado en llegar a dosis cero o el mantenimiento de la abstinencia post-tratamiento, si bien hay que señalar que la frecuencia de algunas de ellas fue muy escasa (psicopatologías previas, centros cerrados, patologías emergentes, etc.).

La asociación de la sintomatología de abstinencia con otras variables cuantitativas del proceso de retirada de metadona puede observarse en la *Tabla 76*. El Síndrome de Abstinencia a Opiáceos (SAO) en relación a la retirada de metadona, estaba asociado a la dosis de partida en la desintoxicación en su fase intermedia, es decir cuando la reducción de dosis había bajado de 50 mg/día, era cuando aparecían más síntomas de abstinencia, como ya se ha podido observar en los gráficos anteriores; y esto no ocurría en la fase final de la desintoxicación, por debajo de los 25 mg/día.

El SAO en las dos últimas fases también estaba relacionado con la duración de la desintoxicación, incrementándose la sintomatología a medida que se prolongaba el proceso de retirada.

Tabla 76. Matriz de correlaciones entre variables cuantitativas del proceso de retirada de metadona

	Dosis Inicial Mg/día	SAO Final Nº Síntomas	SAO Medio Nº Síntomas	Ratio Mg/mes	Duración DX-Meses
Dosis Inicial Mg/día	1				
SAO Final Nº Síntomas	-0,16	1			
SAO Medio Nº Síntomas	0,28*	0,05	1		
Ratio Mg/mes	0,30**	-0,11	-0,04	1	
Duración DX-Meses	0,21	0,23*	0,31**	-0,30**	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En nuestro estudio no aparecieron relacionadas las variables de síntomas de abstinencia y la ratio de reducción de dosis, la cual estaba asociada obviamente a la dosis de partida y a la duración de la desintoxicación. La relación observada ponía de manifiesto que mayores dosis iniciales se relacionaban con ratios más elevadas, pero tiempos prolongados en aplicar el procedimiento de retirada se asociaban con ratios más bajas, es decir con ritmos más lentos en la desintoxicación. El empleo de periodos prolongados para desintoxicar de la metadona se vio que no estaba asociado al logro de dosis cero, pero sí a la evolución de los pacientes durante el post-tratamiento, al igual que la ratio de reducción de dosis (en

prueba no paramétrica), con mayor probabilidad de éxito en el mantenimiento de la abstinencia post-tratamiento si la retirada gradual de dosis de metadona se había producido en más tiempo y reducciones más pequeñas. Cabe puntualizar de nuevo que los grupos de comparación en el momento 2 de la observación contaban con pocos participantes como para que la asociación encontrada sea relevante.

La *Tabla 77* muestra un resumen de los resultados significativos de las pruebas estadísticas observados en el conjunto de las variables del estudio asociadas a los resultados en la retirada de metadona al finalizar un TMM, en cuanto al logro de dosis cero en la desintoxicación y en el mantenimiento de la abstinencia durante el post-tratamiento.

11.4.4 Correlaciones

Finalmente se exploró la relación entre el conjunto de variables que mostraron estar asociadas con el resultado de la retirada de metadona en alguno de los dos momentos observados: la desintoxicación del fármaco (momento 1) y/o la evolución post-tratamiento (momento 2). La *Tabla 78* muestra las siguientes correlaciones obtenidas en el análisis;

- El estrés percibido por los pacientes, altamente asociado a los niveles elevados de ansiedad, estaba vinculado a desacuerdos entre el propio paciente y el equipo facultativo para prescribir el inicio de la retirada de metadona.
- Tratamientos de mantenimiento de metadona prolongados estaban asociados con servicios de orientación laboral en los centros correspondientes, sin embargo la frecuencia de uso de dichos servicios era mayor cuanto más corto era el tratamiento. Lo mismo sucedía durante el proceso de retirada de metadona en el que los pacientes con menos años de permanencia en TMM parecían utilizar más a menudo el servicio psicológico y de trabajo social durante la desintoxicación. Además, a los pacientes con más años en TMM no se les había sometido a una evaluación previa al inicio de la desintoxicación de metadona y se había partido en ese proceso de dosis de metadona más altas; por el contrario, la sintomatología de abstinencia al final del proceso había sido menor.

Tabla 77. Variables del estudio asociadas a los resultados de la retirada de metadona

Variables	Dosis cero / Interrupción	Abstinencia/ Recaída < 6 ms
<i>Ansiedad: Puntuaciones HAD-A</i>	$t = 2,10$ $p = 0,039$	
<i>Estrés percibido: Puntuaciones PSS-10</i>	$t = 3,20$ $p = 0,002$	
<i>Permanencia en TMM</i>	$t = 3,14$ $p = 0,002$	
<i>Servicio psicológico en TMM</i>	$\chi^2 = 5,55$ $p = 0,018$	
<i>Servicio de Orientación Laboral en TMM</i>	$\chi^2 = 4,23$ $p = 0,04$	
<i>Frecuencia uso servicio T. Social</i>		$\chi^2 = 8,30$ $p = 0,04$
<i>Frecuencia uso servicio Orientación laboral</i>	$\chi^2 = 7,31$ $p = 0,026$	
<i>Adherencia durante TMM</i>		$\chi^2 = 4,07$ $p = 0,044$
<i>Adherencia durante la DX. de metadona</i>	$\chi^2 = 8,79$ $p = 0,003$	
<i>Evaluación previa</i>	$\chi^2 = 5,36$ $p = 0,021$	
<i>Prescripción DX</i>	$\chi^2 = 10,02$ $p = 0,002$	$\chi^2 = 8,78$ $p = 0,003$
<i>Dosis inicial en la DX</i>	$t = 2,11$ $p = 0,038$	
<i>Tratamientos farmacológicos coadyuvantes</i>	$\chi^2 = 11,94$ $p = 0,001$	
<i>Intervención psicológica individual durante DX.</i>		$\chi^2 = 4,07$ $p = 0,044$
<i>Intervención T. Social durante DX. Metadona</i>	$\chi^2 = 6,98$ $p = 0,008$	
<i>Ratio reducción dosis (mg/mes)</i>		$U = 41; Z = -2,10$ $p = 0,04$
<i>Duración de la desintoxicación (meses)</i>		$t' = 2,27$ $p = 0,032$
<i>Nº de síntomas de abstinencia. SAO Final</i>	$t = -2,63$ $p = 0,011$	
<i>Consumo heroína durante DX.</i>	$\chi^2 = 5,63$ $p = 0,018$	$\chi^2 = 8,78$ $p = 0,003$
<i>Consumo cocaína durante DX.</i>	$\chi^2 = 10,06$ $p = 0,002$	

- Los servicios ofertados por los centros de atención a drogodependientes estaban vinculados entre sí y con la retención en el tratamiento de mantenimiento de metadona. La presencia de servicios psicológicos se producía conjuntamente con la de los servicios de orientación laboral. Los pacientes que utilizaron con mayor frecuencia el servicio de trabajo social durante el TMM, lo hicieron también con el servicio de orientación laboral, apuntando a que es posible que estas dos acciones se ofrecieran desde un mismo servicio. La atención psicológica individual durante la desintoxicación de metadona también estaba asociada a la atención social en esta misma fase de la intervención y a la frecuencia con la que los pacientes habían utilizado los servicios de orientación laboral durante el TMM. La existencia y la mayor frecuencia de uso del servicio de orientación laboral se relacionó con mayor retención (tiempo de permanencia) en el TMM; sin embargo, los pacientes que llevaban menos tiempo en estos tratamientos fueron los que con mayor probabilidad recibieron atención psicológica y social durante la fase de retirada de metadona
- A su vez, la retención en el TMM estaba asociada con la dosis de partida de la desintoxicación de metadona, de tal modo que los pacientes que llevaban más años en el tratamiento fueron los que iniciaron el proceso de desintoxicación con dosis más altas de metadona. Las dosis altas se correspondían lógicamente con ratios más elevadas durante el procedimiento de reducción gradual (gramos reducidos por unidad de tiempo).
- La adherencia al tratamiento durante la desintoxicación estaba relacionada con la adherencia a lo largo del tratamiento de mantenimiento con metadona. Ambas parecían influir en el acuerdo entre el equipo profesional y el paciente para la prescripción de la retirada de metadona y se vinculaban a la abstinencia en el consumo de drogas (heroína y cocaína), tanto durante el TMM como durante la desintoxicación. Los criterios para la prescripción de la retirada de metadona también parecían incluir bajos niveles en el paciente de ansiedad y/o estrés.

Tabla 78. Matriz de correlaciones entre las variables más relevantes del estudio.

	<i>Ansied. HAD-A</i>	<i>Estrés PSS</i>	<i>Perm. TMM</i>	<i>Adher. TMM</i>	<i>S.Psic. TMM</i>	<i>S.Lab. TMM</i>	<i>Uso S Social</i>	<i>Uso S Labor</i>	<i>Adher. DX</i>	<i>Evalua Previa</i>	<i>Presc.</i>	<i>Dosis Inic.DX</i>	<i>Ttos. Farma</i>	<i>Psico Ind.DX</i>	<i>T.Soc DX</i>	<i>Ratio</i>	<i>Durac. DX</i>	<i>SAO Final</i>	<i>Hero DX</i>	<i>Coca DX</i>
<i>Ansied. HAD-A</i>	1																			
<i>Estrés PSS-10</i>	0,72**	1																		
<i>Perm. TMM</i>	-0,03	0,07	1																	
<i>Adher. TMM</i>	-0,06	-0,12	0,05	1																
<i>S. Psic. TMM</i>	0,02	0,12	0,08	0,08	1															
<i>S. Lab. TMM</i>	-0,00	0,60	0,28*	0,03	0,35**	1														
<i>Uso S. Social</i>	0,09	0,09	-0,17	-0,05	0,09	0,06	1													
<i>Uso S. Laboral</i>	-0,13	-0,03	-0,30*	0,06		0,07	0,55**	1												
<i>Adher. DX</i>	0,02	-0,04	0,01	0,89**	-0,02	0,03	0,05	0,90	1											
<i>Evalua. Previa</i>	-0,04	-0,08	-0,24*	0,20	0,10	-0,15	0,24	0,17	0,16	1										
<i>Prescrip.</i>	-0,24*	-0,31**	0,05	0,32**	-0,15	0,03	0,07	0,15	0,33**	0,16	1									
<i>Dosis Inic. DX</i>	-0,00	0,15	0,37**	0,16	0,13	0,13	-0,13	-0,32*	0,08	-0,18	-0,05	1								
<i>Ttos. Farma</i>	0,03	0,03	0,01	0,03	-0,11	-0,07	0,08	0,15	0,17	0,06	0,09	0,01	1							
<i>Psico Ind. DX</i>	0,11	0,06	-0,26*	0,06	-0,03	-0,11	0,14	0,28*	0,10	0,55**	0,26*	-0,19	0,07	1						
<i>T.Soc DX</i>	0,18	0,02	-0,45**	0,20	-0,08	-0,14	0,24*	0,30*	0,20	0,50	0,07	0,19	0,01	0,52**	1					
<i>Ratio</i>	-0,03	0,05	-0,14	0,09	0,01	-0,01	0,13	0,23	0,02	0,01	0,01	0,30**	0,07	-0,08	0,15	1				
<i>Durac. DX</i>	0,03	0,02	0,11	0,18	-0,03	0,04	-0,09	-0,30*	0,27	0,09	0,14	0,21	0,23*	0,01	-0,13	-0,31**	1			
<i>SAO Final</i>	0,09	-0,04	-0,14	-0,13	-0,25*	-0,27*	-0,07	0,15	0,03	0,20	0,29*	-0,16	0,19	0,31**	0,20	-0,11	-0,23*	1		
<i>Hero DX</i>	0,04	0,13	-0,10	-0,27*	0,14	0,10	0,08	-0,13	-0,31**	-0,23*	-0,31**	0,12	0,11	-0,15	0,03	0,22	-0,12	-0,26*	1	
<i>Coca. DX</i>	0,10	0,18	0,08	-0,36**	0,07	0,09	-0,01	-0,26	-0,36**	-0,28*	-0,39**	0,06	-0,01	-0,21	-0,05	0,07	-0,10	-0,23**	0,76**	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

- La duración del proceso de retirada de metadona estaba asociado a los tratamientos farmacológicos coadyuvantes, complementarios al procedimiento de reducción gradual de la dosis de metadona; los pacientes que tardaron un tiempo más prolongado en desintoxicarse fueron los que recibieron en mayor medida estos tratamientos. La duración del proceso también estaba asociada a ratios bajas, lo que se podía traducir en ritmos lentos para la desintoxicación. Tiempos cortos para la retirada del fármaco se asociaban con una mayor sintomatología en la fase final del proceso, cuando la dosis de metadona se encontraba por debajo de 25 mg/día.
- La sintomatología de abstinencia en esta fase final de la desintoxicación se relacionó con el acuerdo entre paciente y equipo para empezar la reducción de dosis y estaba muy vinculada a la asistencia psicológica durante la desintoxicación. Los pacientes con mayor número de síntomas de abstinencia fueron aquellos que se mantuvieron abstinentes a heroína y cocaína.
- Finalmente, el consumo de heroína y/o cocaína se presentó con mayor probabilidad en los pacientes con baja adherencia terapéutica tanto a lo largo del TMM como durante la retirada de metadona. Los pacientes que consumían estas sustancias no habían sido en su mayor parte sometidos a una evaluación previa para determinar la pertinencia de la intervención para la desintoxicación y no se solía presentar acuerdo entre los pacientes y el equipo para proceder a ella. Por el contrario (o precisamente por eso) el consumo estaba asociado a menos sintomatología de abstinencia.

11.5 ANÁLISIS MULTIVARIANTE. REGRESIÓN LOGÍSTICA

Se procedió seguidamente a realizar un análisis multivariante a partir de los resultados estadísticamente significativos obtenidos en el análisis bivariante. El procedimiento elegido fue la regresión logística que permitía relacionar una respuesta (variable dependiente) binaria con factores cuantitativos y categóricos adecuadamente codificados. La estimación de un modelo de regresión logística también permitía realizar predicciones con él y medir su poder predictivo a través del área contenida bajo la curva ROC.

En el estudio actual, la variable dependiente estimada fue el resultado de la retirada de metadona en el momento 1: la desintoxicación, con dos posibles resultados: logro de dosis cero o interrupción. Para el momento 2: evolución en el post-tratamiento, también con respuesta binaria de abstinencia o recaída, no se pudo construir un modelo predictivo debido al bajo número de participantes que cumplía el criterio previo de éxito en la desintoxicación (N=29).

Para la construcción del modelo logístico se realizó en primer lugar un análisis univariante con el procedimiento de regresión logística de las variables que lograron significación estadística en el análisis bivariante; dichas variables respondían a intereses clínicos del estudio y contaban con justificación teórica fundamentada. En segundo lugar se exploraron modelos logísticos en tres grupos de variables. Las variables independientes exploradas en el primer grupo fueron las relativas a los participantes en el estudio; en el segundo, las variables correspondientes a las características de tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM) realizado por los participantes; y en el tercero, las variables que definían el procedimiento utilizado por los profesionales de los respectivos centros de tratamiento para la retirada de metadona.

A continuación se procedió a construir el modelo global con todas las variables predictoras en conjunto. Partiendo del modelo global se analizaron las interacciones entre las variables predictoras, seleccionando las que habían logrado significación estadística y que incorporándolas al modelo no produjeran estimaciones inestables. El resultado dio lugar a un modelo máximo que fue sometido a su vez a un procedimiento de selección de la mejor ecuación teniendo en cuenta todas las posibles ecuaciones. Para ello se utilizó el *script All-*

SetsLR (Doménech y Navarro, 2008b) que valora todos los posibles modelos de regresión logística teniendo en cuenta el principio jerárquico y la incorporación de los conocimientos teóricos que se consideren pertinentes en la investigación. El modelo seleccionado se consideró el Modelo Final, mejor predictor de la respuesta de logro de dosis cero en la desintoxicación de metadona al finalizar un tratamiento de mantenimiento con metadona. Modelo que fue interpretado en función de los coeficientes correspondientes a las variables predictoras que lo componían.

11.5.1 Análisis Univariante

El primer paso para la construcción del modelo fue comprobar mediante un procedimiento de regresión logística univariante, la relación de cada una de las variables predictoras con la variable dependiente (dosis cero). La *Tabla 79* muestra los resultados del coeficiente de verosimilitud, los grados de libertad y la significación estadística según la prueba de razón de verosimilitud.

A continuación se procedió a la construcción de tres modelos logísticos parciales incorporando en cada ecuación únicamente las variables correspondientes a cada una de las tres categorías de variables establecidas en el estudio:

- ✓ Variables personales
- ✓ Variables del tratamiento de mantenimiento con metadona
- ✓ Variables del proceso de desintoxicación de metadona

Tabla 79. Análisis de Regresión Logística Univariante.. Variable dependiente: Dosis Cero.
Prueba de razón de verosimilitud. Variables independientes significativas.

Variable	Descripción	-2lnLR	gl	p
HAD-A	<i>Ansiedad (puntuaciones)</i>	4,43	1	0,04
PSS	<i>Estrés percibido (puntuaciones)</i>	9,77	1	0,002
S. PSICOLÓGICO	<i>Servicio psicológico en centro de tratamiento</i>	7,01	1	0,008
S. O. LABORAL	<i>Servicio de orientación laboral en centro de tratamiento</i>	4,22	1	0,04
USO PSICO	<i>Frecuencia de uso del servicio psicológico durante TMM</i>	7,75	1	0,005
USO LABORAL	<i>Frecuencia de uso del servicio de orientación laboral durante TMM</i>	6,32	1	0,01
PERMANENCIA TMM AÑOS	<i>Tiempo de permanencia en TMM</i>	9,80	1	0,002
ADHERENCIA_DX	<i>Adherencia durante la desintoxicación</i>	8,94	1	0,003
DOSIS INICIAL_DX	<i>Dosis inicial de desintoxicación</i>	4,8	1	0,03
EVALUACIÓN_DX	<i>Valoración interdisciplinar de la conveniencia de retirar la metadona</i>	5,39	1	0,02
PRESCRIPCIÓN_DX	<i>Acuerdo equipo-paciente en la prescripción para la retirada de metadona</i>	11,00	1	0,001
T. SOCIAL_DX	<i>Trabajo social durante la desintoxicación</i>	6,10	1	0,008
PROCEDIMIENTO_DX2	<i>Tratamientos farmacológicos coadyuvantes en la desintoxicación</i>	12,19	1	0,000
SAO FINAL	<i>Nº de síntomas de abstinencia en la fase final de la desintoxicación (< 25 mg/día)</i>	6,74	1	0,009
HEROÍNA_DX	<i>Consumo de heroína durante la desintoxicación</i>	6,10	1	0,01
COCAÍNA_DX	<i>Consumo de cocaína durante la desintoxicación</i>	10,69	1	0,001

11.5.2 Ecuación logística 1: Variables Personales

En el primer grupo del modelo de regresión logística se introdujeron las variables personales de los participantes, con resultados estadísticamente significativos en el análisis univariante: las puntuaciones obtenidas en la subescala de ansiedad del HAD y las obtenidas en el cuestionario de estrés percibido PSS-10.

Previamente, se procedió a explorar por interés clínico, variables relacionadas con el estilo de vida. Para ello se transformaron algunas variables sociodemográficas y de consumo de sustancias en una sola variable denominada *estilo de vida*. Las variables exploradas definitorias de la variable global fueron las de convivencia en familia, tener trabajo, no tener incidencias legales actuales y mantener abstinencia a heroína y cocaína los últimos meses del tratamiento. El resultado fue la ausencia de relación entre la variable *estilo de vida* y la variable dependiente logro de dosis cero. Tampoco se encontró una relación estadísticamente significativa cuando en el modelo de regresión logística se introdujeron por separado las 5 variables independientes creadas.

También, por interés clínico, se exploraron de nuevo las variables competenciales que no habían mostrado relación con la respuesta en el análisis bivariante, ni en el univariante con el procedimiento de regresión logística. Para ello se introdujeron en el modelo de variables personales las variables correspondientes a las 9 subescalas del *Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial* (VIP. Pedrero *et al.*, 2005). Cada una de ellas por separado no alcanzó la significación estadística. No obstante, la variable correspondiente a la competencia en afrontamiento emocional (recodificada de la original para poder evaluar competencia y no reactividad emocional), introducida en la ecuación junto con el resto de variables predictoras, ofreció resultados significativos en los primeros análisis, pero la interpretación posterior de su valor predictivo indicaba una estimación inestable, por lo que finalmente se rechazó su introducción en el modelo.

Estrés percibido (Media= 16,35; DT= 8,36) y competencia en afrontamiento emocional (Media= -9,14; DT= 34,64) estaban relacionadas entre sí ($r_{xy} = -0,50$; $p = 0,000$); la correlación era negativa e indicaba que a mayor nivel de competencia en afrontamiento emocional, menor nivel de estrés percibido por los participantes en el estudio. La correlación entre las pun-

tuciones de ansiedad en la subescala del HADS (Media= 8,11; DT= 3,22) y la competencia en afrontamiento emocional también era significativa y en la misma dirección que la anterior ($r_{xy} = -0,45$; $p = 0,000$). El estrés percibido mostró ser una variable predictora con un peso importante sobre el resultado de la desintoxicación de metadona, sin embargo, la variable de competencia en afrontamiento emocional introducida en la ecuación logística indicaba que niveles altos en esta competencia podrían actuar como factor de riesgo para el logro de dosis cero. Resultados similares se dieron cuando la variable evaluada fue el Factor-Afrontamiento. El comportamiento inestable de esta variable pudo deberse a un número insuficiente de casos para poder clasificarla correctamente o bien a problemas de la prueba diagnóstica utilizada para los fines de esta investigación.

a) Bondad de ajuste:

En la *Tabla 80*, se observa cómo el R^2 de Nagelkerke= 0,16, indicaba que el modelo ajustado con las variables personales exploradas explicaba sólo el 16,% de la variabilidad de los datos y el cambio en la verosimilitud se alejaba de cero, lo que informaba de un ajuste muy poco satisfactorio del modelo en relación al logro de dosis cero.

Tabla 80. Grado de ajuste. Modelo variables personales

-2 log de la verosimilitud	R^2 de Cox y Snell	R^2 de Nagelkerke
92,58	0,12	0,16

b) Significación del modelo:

En la ecuación logística analizada (*Tabla 81*), la prueba de Wald indicaba que el estrés percibido (PSS) era la única variable personal con significación estadística ($\beta = -0,10$; $\chi^2_{Wald} = 8,27$; $gl = 1$; $p = 0,004$).

El modelo indicaba que el estrés percibido por los participantes en el estudio actuaba como factor de riesgo ($OR = 0,91$), reduciendo las ventajas de llegar a dosis cero. Los resultados según la prueba de razón de verosimilitud (LR), confirmaron la variable de estrés percibido como predictora del resultado de la desintoxicación ($2\ln LR = 9,77$; $gl = 1$; $p = 0,002$). El

resto de las variables exploradas no obtuvieron resultados con significación estadística. En el caso de la ansiedad medida a través de la subescala del HAD parecía probable la existencia de linealidad con el estrés percibido ($r_{xy}= 0,72$; $p= 0,00$).

Tabla 81. Prueba de Wald. Modelo variables personales

Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
PSS	-0,10	0,03	8,27	1	0,004	0,91	0,85	0,97
Constante	0,92	0,62	2,23	1	0,14	2,52		

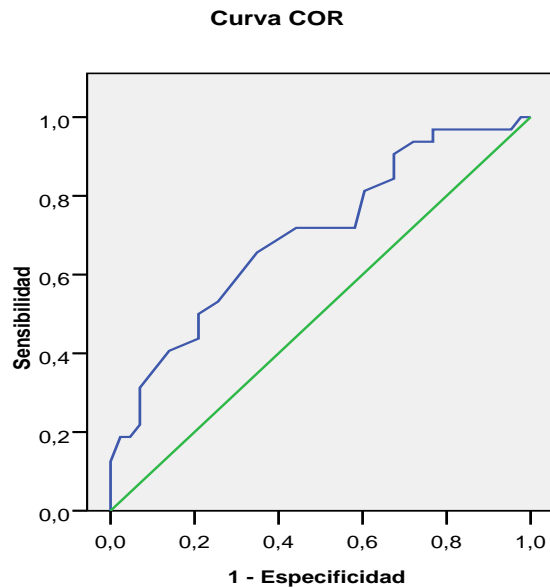
a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: HAD-A, PSS.

c) Índices de validez del modelo:

Los resultados en la matriz de clasificación presentaron una mejora de 9,4 puntos respecto al modelo nulo (57,3%) en el porcentaje correcto global, aunque inferior al 75%, al igual que en el indicador de sensibilidad (50%), lo que revelaba una insuficiente capacidad de clasificación del modelo basado exclusivamente en las características de los participantes respecto al resultado de la desintoxicación de metadona. La especificidad logró un 79,1%.

El modelo mostró un área bajo la curva de ABC= 0,70 (IC 95%: 0,58 a 0,82), lo que suponía un poder de clasificación no muy satisfactorio entre los participantes que lograron dosis cero y los que interrumpieron la desintoxicación en función de la variable estrés percibido.

Gráfico 54. Curva ABC Modelo 1



11.5.3 Ecuación logística 2: Variables del TMM

Partiendo de la significación estadística en el análisis univariante de las características del tratamiento de mantenimiento con metadona que siguieron los participantes en el estudio (servicio psicológico, servicio de orientación laboral, frecuencia de uso del servicio psicológico, frecuencia de uso del servicio de orientación laboral y permanencia en TMM), se exploró una ecuación logística utilizando de nuevo el método de exclusión por pasos BSTEP (LR) (*“Backward stepwise”*). Tras un primer análisis se optó por no introducir en la ecuación la variable sobre servicio psicológico, debido a una distribución desequilibrada que producía estimaciones inestables del modelo, ya que prácticamente en todos los casos se informaba de la presencia de dicho servicio en sus respectivos centros.

a) Bondad de ajuste

Para el conjunto de las variables analizadas el valor del coeficiente de determinación (índice R^2 de Nagelkerke), indicó que el 21% de la variación en el logro de dosis cero era explicada por las variables del TMM introducidas en el modelo. El cambio en la verosimilitud al introducir las variables se alejaba de forma importante de 0, lo que no resultaba suficiente-

mente satisfactorio en relación a los criterios de ajuste para la ecuación construida con las variables del tratamiento de mantenimiento con metadona.

Tabla 82. Grado de Ajuste. Modelo variables TMM

-2 log de la verosimilitud	R ² de Cox y Snell	R ² de Nagelkerke
77,98	0,16	0,21

b) Significación del modelo:

La significación del modelo fue analizada primero con la prueba de Wald (*Tabla 83*), que ofreció resultados rozando la significación estadística para el tiempo de permanencia en TMM ($\chi^2_{\text{Wald}} = 4,16$; gl= 1; $p = 0,04$) y para la variable de frecuencia de uso del servicio psicológico durante el TMM ($\chi^2_{\text{Wald}} = 3,90$; gl= 1; $p = 0,05$). La mayor duración del TMM se reflejaba como un factor de riesgo (OR= 0,83), mientras que el uso frecuente del servicio psicológico aparecía como un factor de protección (OR= 3,63). La prueba de razón de verosimilitud, más potente, mostró mayor significación estadística en ambas variables, años de permanencia en TMM (2lnLR= 4,69; gl= 1; $p = 0,03$) y frecuencia de uso del servicio psicológico durante TMM (2lnLR= 4,29; gl= 1; $p = 0,04$).

Tabla 83. Prueba de Wald. Modelo variables TMM.

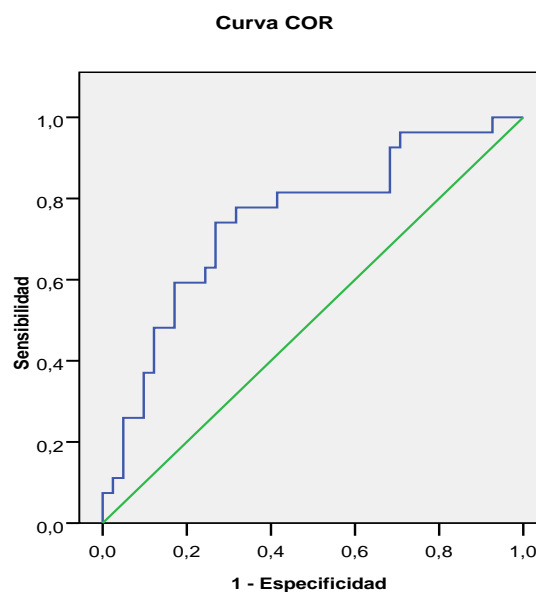
Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
PERMANENCIA TMM (AÑOS)	-0,19	0,09	4,16	1	0,041	0,83	0,69	0,99
USO PSICO	1,29	0,65	3,90	1	0,048	3,63	1,01	13,05
Constante	-0,64	0,69	0,87	1	0,351	0,53		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: PERMANENCIA TMM AÑOS, S.O.LABORAL, USO PSICO. USO LAB

c) Índices de validez del modelo:

El modelo logístico estimado presentó una sensibilidad para detectar a los participantes que lograron llegar a dosis cero del 63% y una especificidad para detectar a los participantes que interrumpieron el proceso de desintoxicación de metadona, del 75,6%. El porcentaje global de clasificaciones correctas fue del 70,6%. La ecuación que incluía las características relevantes de los tratamientos de mantenimiento con metadona que seguían los participantes en el estudio, no los clasificó de forma suficientemente satisfactoria en función del resultado de la desintoxicación.

Gráfico 55. Curva ABC Modelo 2



El área bajo la curva ROC mostró un poder de clasificación no muy elevado. En este caso el área fue de $ABC = 0,75$ (IC 95%: 0,62 a 0,87), según el grupo de variables que definían las características del TMM.

11.5.5 Ecuación logística 3: Variables del proceso de desintoxicación.

El tercer grupo de variables, las relativas al proceso de retirada de metadona desarrollado por los profesionales de los centros de tratamiento, fue analizado igualmente con un modelo de regresión logística binaria mediante el método de exclusión por pasos BSTEP (LR) (“Backward stepwise”) del SPSS. Las variables exploradas fueron seleccionadas en función de la significación estadística encontrada en el análisis univariante. En el modelo también se introdujeron variables que no habían logrado la significación estadística, pero que habían sido consideradas de interés teórico y clínico para el estudio, tales como las ventajas de la retirada de metadona, el temor de los participantes a realizar ese proceso, la intervención psicológica individual aplicada durante la desintoxicación y/o el post-tratamiento al igual que la intervención en educación social.

a) Bondad de ajuste:

El modelo ajustado para este subconjunto de variables explicó el 62% de la variabilidad de los datos (índice R^2 de Nagelkerke= 0,62). Fue mejor el coeficiente de determinación y también el parámetro de ajuste que tenía en cuenta el cambio en el coeficiente de verosimilitud, más próximo a cero, en este modelo que en los anteriores.

Tabla 84. Grado de ajuste. Modelo del proceso de desintoxicación.

-2 log de la verosimilitud	R^2 de Cox y Snell	R^2 de Nagelkerke
54,01	0,46	0,62

b) Significación del modelo:

Como en los casos anteriores, la significación de los parámetros del modelo, ajustado para el grupo de variables correspondientes a las características del proceso de retirada de metadona, fue estimada inicialmente con la prueba de Wald. La *Tabla 85* muestra los resultados obtenidos. Lograron significación estadística el acuerdo entre paciente y equipo profesional para proceder a la prescripción de la retirada de metadona ($\chi^2_{Wald}= 7,05$; gl= 1; $p= 0,008$); la dosis inicial de la que partía el procedimiento de reducción gradual ($\chi^2_{Wald}= 4,07$; gl= 1; $p= 0,04$); los tratamientos farmacológicos coadyuvantes durante el procedimiento de

retirada ($\chi^2_{\text{Wald}}=6,23$; $gl=1$; $p= 0,01$); y la intervención social durante la desintoxicación ($\chi^2_{\text{Wald}}= 6,88$; $gl= 1$; $p= 0,009$).

Tabla 85. Prueba de Wald. Modelo variables proceso de desintoxicación.

Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
TEMOR RETIRADA	-1,32	0,80	2,70	1	0,10	0,27	0,06	1,29
ADHERENCIA_DX	1,35	0,83	2,65	1	0,10	3,85	0,76	19,45
PRESCRIPCIÓN_DX	2,73	1,03	7,05	1	0,008	15,26	2,04	114,09
DOSIS INICIAL_DX	-0,02	0,01	4,07	1	0,04	0,98	0,96	1,00
PROCEDIMIENTO_DX2	2,36	0,95	6,23	1	0,01	10,63	1,66	68,08
PSICO INDIV_DX	-1,66	0,93	3,17	1	0,08	0,19	0,03	1,18
T SOCIAL_DX	2,46	0,94	6,88	1	0,009	11,72	1,86	73,78
SAO FINAL	0,28	0,14	3,82	1	0,05	1,33	1,00	1,76
Constante	-2,59	1,16	5,01	1	0,03	0,08		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: VENTAJAS_DX, TEMOR RETIRADA, ADHERENCIA_DX, EVALUACION_DX, PRESCRIPCIÓN_DX, DOSIS INICIAL_DX, PROCEDIMIENTO_DX2, PSICO INDIV_DX, T. SOCIAL_DX, EDSOCIAL_DX, HEROINA_DX, COCAÍNA_DX, SAO FINAL.

El acuerdo entre paciente y equipo facultativo (OR= 15,26), los tratamientos farmacológicos coadyuvantes durante el proceso de retirada de la metadona (OR= 10,63) y el trabajo social (OR= 5,93), se presentaron como factores de protección frente al logro de dosis cero; la dosis inicial de partida de la desintoxicación aparecía como un factor de riesgo (OR= 0,98): a mayor dosis, menor ventaja para el logro de dosis cero.

En la prueba de Wald el número de síntomas del SAO (Síndrome de Abstinencia a Opiáceos), en la última fase de la desintoxicación (<25 mg/día), no logró alcanzar la significación estadística, pero sí lo hizo en la prueba de razón de verosimilitud (2lnLR= 4,20; $gl= 1$; $p= 0,04$). La *odds* de esta variable en la prueba de Wald (OR= 1,33) sin embargo, la señaló como un factor de protección, lo que hace pensar en una estimación inestable.

No resultaron significativas la adherencia durante la desintoxicación ni las dos variables introducidas por interés teórico. El temor a la retirada de metadona fue introducida por segunda vez como variable categórica codificada, pero tampoco mostró significación estadística. La intervención psicológica individual aparecía próxima a la significación, pero no llegó a entrar en el modelo. Si lo hubiera hecho, la *odds* de riesgo (OR= 0,19), la hubiera señalado

como factor de riesgo, lo que se podría interpretar como que dicha intervención la habrían recibido en mayor medida los pacientes con mayor probabilidad de fracaso.

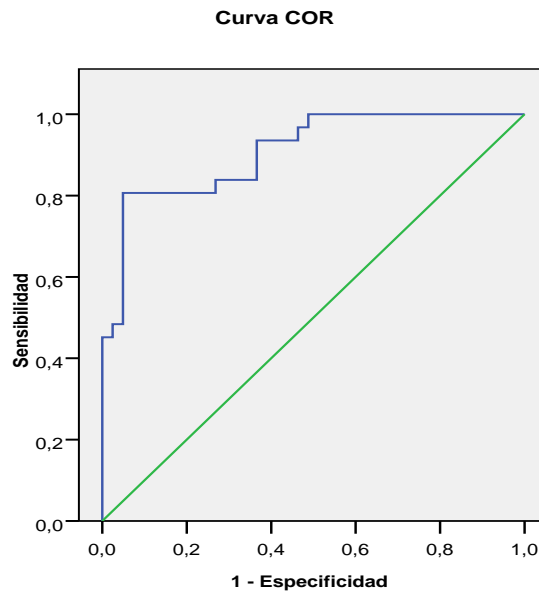
Los consumos de heroína y de cocaína durante la desintoxicación no entraron en el modelo como variables predictivas. Es necesario recordar que los datos correspondientes a estas dos variables no se obtuvieron con medidas objetivas (análisis toxicológicos), sino a través de los informes de los profesionales responsables de desarrollar la reducción de dosis para proceder a la desintoxicación de metadona, lo cual hace posible un cierto sesgo en los resultados obtenidos.

c) Índices de validez del modelo:

El poder de clasificación del modelo construido sólo con las variables que definían el proceso de retirada de metadona durante la desintoxicación fue bastante satisfactorio. La sensibilidad para detectar pacientes que lograron llegar a dosis cero fue del 80,6% y la especificidad para detectar pacientes que interrumpieron la desintoxicación, fue del 85,8%. El total de clasificaciones correctas como índice resumen de su poder de clasificación alcanzó al 83,3% de los pacientes, incrementando en 26,4 puntos la capacidad predictiva del modelo nulo al incorporar las variables propias del proceso de retirada de metadona.

La estimación no paramétrica del área con el procedimiento ROC del SPSS, fue de $ABC = 0,91$ (IC 95%: 0,84 a 0,98) próxima a 1, indicando que este modelo logístico clasificaba de forma muy satisfactoria a los pacientes que lograron la dosis cero y los que interrumpieron el proceso de retirada de metadona; fue por tanto el mejor modelo entre los 3 grupos de variables estimados.

Grafico 56. Curva ABC Modelo 3



11.5.6 Ecuación logística 4: Modelo Global

Era de interés para el estudio explorar si el modelo correspondiente a las variables del proceso de desintoxicación se podía mejorar introduciendo en la ecuación logística las otras variables significativas de los modelos correspondientes a las variables personales de los participantes y a las variables del tratamiento de mantenimiento con metadona que habían seguido. Se procedió por tanto a construir y valorar un modelo global con el conjunto de las variables exploradas en el estudio que hubieran mostrado un valor predictivo en los análisis parciales.

a) Bondad de ajuste:

El modelo presentó unos buenos indicadores de ajuste (*Tabla 86*), mejores que en los dos modelos anteriores, tanto para el cambio en -2ll ($-2\text{ll} = 54,45$), al introducir las variables predictoras, como para el coeficiente de determinación ($R^2 = 0,63$).

Tabla 86. Grado de ajuste. Modelo Global.

-2 log de la verosimilitud	R ² de Cox y Snell	R ² de Nagelkerke
54,47	0,47	0,63

b) Significación del Modelo

En la *Tabla 87* se muestran los resultados del modelo global con todas las variables predictoras incorporadas. Lograron la significación estadística, el estrés percibido por los participantes en el estudio ($\chi^2_{\text{Wald}} = 10,42$; gl= 1; $p = 0,001$); el acuerdo en la prescripción de la retirada de metadona ($\chi^2_{\text{Wald}} = 5,59$; gl= 1; $p = 0,02$); los tratamientos farmacológicos coadyuvantes durante la reducción de la dosis de metadona ($\chi^2_{\text{Wald}} = 9,98$; gl= 1; $p = 0,002$) y la intervención social en esta fase del tratamiento ($\chi^2_{\text{Wald}} = 8,62$; gl= 1; $p = 0,003$).

El coeficiente Exp(B) de razón de *odds* (OR), señalaba al estrés percibido como un factor de riesgo para el logro de dosis cero (OR= 0,79) y a los otros tres, como factores de protección: el acuerdo en la prescripción (OR= 35,07), los tratamientos farmacológicos coadyuvantes (OR= 66,58) y la intervención social durante la desintoxicación (OR= 51,68).

Tabla 87. Prueba de Wald. Modelo Global.

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
PSS	-0,24	0,08	10,42	1	0,001	0,79	0,68	0,91
PRESCRIPCIÓN_DX	3,56	1,51	5,59	1	0,02	35,07	1,84	669,44
PROCEDIMIENTO_DX2	4,20	1,33	9,97	1	0,002	66,58	4,92	900,98
T.SOCIAL_DX	3,95	1,34	8,62	1	0,003	51,68	3,71	719,48
SAO_FINAL	0,31	0,19	2,50	1	0,11	1,35	0,93	1,97
USO PSICO	1,96	1,11	3,09	1	0,08	7,08	0,80	62,73
Constante	-3,91	1,99	3,86	1	0,05	0,02		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: PSS, PERMANENCIA TMM AÑOS, S.O.LABORAL, ADHERENCIA_DX, EVALUACION_DX, PRESCRIPCIÓN_DX, DOSIS INICIAL, PROCEDIMIENTO_DX2, T.SOCIAL_DX, SAO FINAL, USO PSICO, USO LABORAL.

La prueba de la razón de verosimilitud confirmó los resultados. La frecuencia de uso del servicio psicológico durante el TMM se quedó al borde de la significación estadística y hubiera supuesto un factor de protección para el éxito en la desintoxicación de metadona.

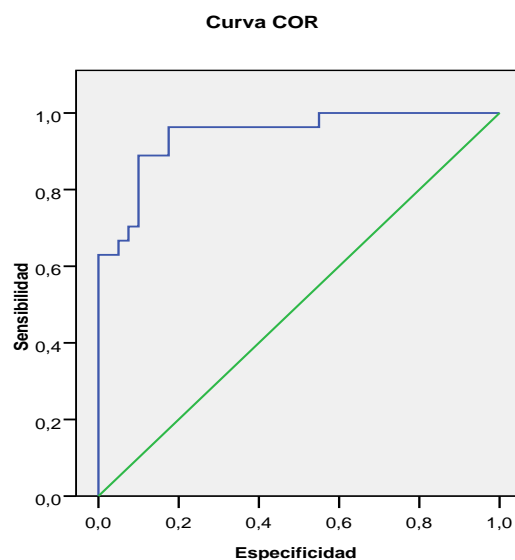
Tabla 88. Prueba de razón de verosimilitud. Modelo Global

Variable	Log verosimilitud del modelo	Cambio en -2 log de la verosimilitud	gl	Sig. del Cambio
PSS	-28,57	17,99	1	0,00
PRESCRIPCIÓN_DX	-23,62	8,07	1	0,004
PROCEDIMIENTO_DX2	-27,99	16,83	1	0,00
T. SOCIAL_DX	-26,63	14,10	1	0,00
SAO FINAL	-21,06	2,96	1	0,09
USO PSICO	-21,45	3,74	1	0,05

c) Índices de validez del modelo:

La ecuación que recogía variables de las tres categorías de interés para el estudio (personales, del tratamiento y del proceso de desintoxicación), presentó un poder de clasificación de los participantes muy aceptable. La sensibilidad para detectar los casos que lograron llegar a dosis cero fue del 81,5%; la especificidad para los que interrumpieron el proceso llegó al 90%. El porcentaje global del 86,6% superaba en 27 puntos el obtenido en el modelo antes de introducir las variables predictoras (59,7%). El área bajo la curva ABC= 0,94 (IC 95%: 0,89 a 1,00) muy próxima a 1, indicó una buena capacidad de clasificación de los participantes.

Gráfico 57. Curva ABC Modelo 4



11.5.7 Ecuación logística 5: Modelo Final

Se exploró finalmente la ecuación logística con las variables significativas del modelo global: estrés percibido (PSS), acuerdo en la prescripción (PRESCRIPCIÓN_DX), tratamientos farmacológicos coadyuvantes (PROCEDIMIENTO_DX2) e intervención social durante la desintoxicación (T. SOCIAL_DX).

a) Bondad de ajuste

El modelo con las 4 variables predictoras presentó un grado de ajuste satisfactorio según pruebas de -2LL y el coeficiente de determinación R^2 de Nagelkerke.

Tabla 89. Grado de ajuste. Modelo Final

-2 log de la verosimilitud	R^2 de Cox y Snell	R^2 de Nagelkerke
58,59	0,44	0,59

b) Significación del Modelo:

La prueba de Wald mostró la significación de todas las variables predictoras incluidas en el modelo: estrés percibido ($\chi^2_{\text{Wald}} = 7,84$; $gl = 1$; $p = 0,005$); acuerdo paciente-equipo en la prescripción para la desintoxicación ($\chi^2_{\text{Wald}} = 5,90$; $gl = 1$; $p = 0,02$); tratamientos farmacológicos coadyuvantes en la reducción gradual de la dosis de metadona ($\chi^2_{\text{Wald}} = 10,99$; $gl = 1$; $p = 0,001$), e intervención con trabajo social durante la desintoxicación ($\chi^2_{\text{Wald}} = 9,77$; $gl = 1$; $p = 0,002$).

Tabla 90. Prueba de Wald. Modelo Final.

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
SUMPSS	-0,13	0,05	7,84	1	0,005	0,87	0,80	0,96
PRESCRIPCIÓN_DX	2,51	1,03	5,90	1	0,02	12,29	1,62	93,01
PROCEDIMIENTO_DX2	3,17	0,96	10,99	1	0,001	23,81	3,65	155,18
TSOCIAL	2,56	0,82	9,77	1	0,002	12,89	2,60	63,99
Constante	-1,77	1,16	2,33	1	0,13	0,17		

Variable(s) introducida(s) en el paso 1: PSS, PRESCRIPCIÓN_DX, PROCEDIMIENTO_DX2, T.SOCIAL_DX

El coeficiente Exp(B) de razón de *odds* (OR) mantenía el estrés percibido como un factor de riesgo para el logro de dosis cero (OR= 0,87). El acuerdo en la prescripción suponía una ventaja para el logro de dosis cero algo menor que en el modelo global (OR= 12,29) y los otros dos factores de protección mejoraron los coeficientes respecto al modelo global: los tratamientos farmacológicos coadyuvantes aumentaron 24 veces la ventaja de llegar a dosis cero (OR= 23,82), y la intervención social durante la desintoxicación aumentó las ventajas de éxito en la desintoxicación en 13 veces respecto a los pacientes que interrumpieron el proceso (OR= 12,89).

La prueba de razón de verosimilitud confirmó la alta significación estadística de las cuatro variables predictoras que formaban el modelo final.

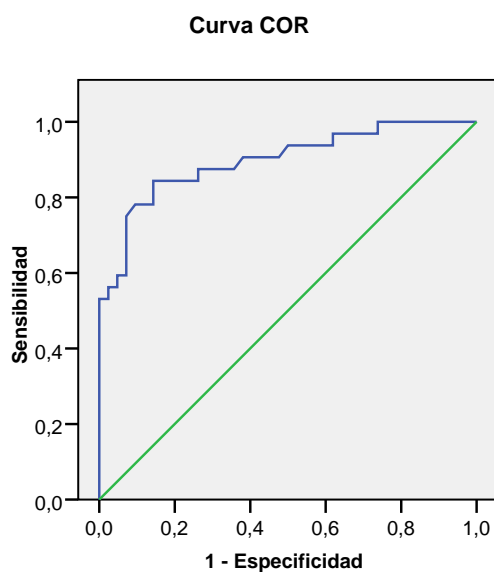
Tabla 91. Prueba de razón de verosimilitud. Modelo Final.

Variables	Log verosimilitud del modelo	Cambio en -2 log de la verosimilitud	gl	Sig. del Cambio
PSS	-34,28	9,97	1	0,002
PRESCRIPCIÓN_DX	-33,32	8,04	1	0,005
PROCEDIMIENTO_DX2	-37,45	16,31	1	0,00
T. SOCIAL_DX	-35,85	13,11	1	0,00

c) Índices de validez del Modelo:

La validez predictiva del modelo final, determinada por su poder de clasificación de los participantes, mostró unos buenos parámetros. Sensibilidad (85,7%) y especificidad (78,1) son superiores al 75% (valor de corte= 0,50) y la diferencia del porcentaje global (82,4%) respecto al modelo nulo (56,8%) fue de 25,6 puntos. El área bajo la curva ofreció un poder de clasificación de los participantes del 90% (ABC= 0,90; IC 95%: 0,82 a 0,97) en función de la respuesta (logro de dosis cero).

Gráfico 58. Curva ABC Modelo Final



d) Interacciones:

Se exploraron a continuación las interacciones de primer orden a partir del modelo, obteniendo significación estadística sólo una de ellas: estrés percibido X tratamientos farmacológicos coadyuvantes. Al introducir el término de interacción en la ecuación logística del modelo global, las estimaciones realizadas fueron inestables ($-2LL = -29,30$; $p = 0,072$), no obstante se consideró este modelo máximo de 5 variables para el análisis del modelo final.

El procedimiento utilizado para seleccionar la mejor ecuación predictiva consistió en la estimación de todos los subconjuntos posibles, combinando los términos del modelo máximo y valorando para cada uno como indicadores de ajuste, el criterio C_p de Mallows, el ABC (área bajo la curva ROC), la sensibilidad y la especificidad para detectar a los participantes clasificados y el valor de $-2LL$ (verosimilitud). El resultado fue la selección del modelo final sin interacciones, como mejor modelo predictivo del logro de dosis cero.

Tabla 92. Selección del mejor modelo.

	Cp	AUC	Se	Sp	-2 LL
PSS; PRESCRIPCIÓN_DX; PROCEDIMIENTO_DX2; T. SOCIAL_DX	4,88	0,90	78,10	85,70	58,60

11.5.8 Comparación de los modelos explorados

La *Tabla 93* muestra los diferentes indicadores de validez predictiva de las ecuaciones logísticas analizadas. Al no incluir interacciones con significación estadística, el modelo final estaba compuesto por las mismas variables predictoras que el modelo que englobaba las variables significativas del estudio en su conjunto: estrés percibido, acuerdo equipo-paciente para la prescripción de la retirada de metadona, tratamientos farmacológicos coadyuvantes e intervención social durante la desintoxicación.

Tabla 93. Resumen comparativo de la validez predictiva de los modelos logísticos obtenidos.

MODELO	VARIABLES	AUC	Se	Sp	R ²	-2LL
Modelo de Variables Personales	PSS	0,70	50%	79,1%	0,16	92,58
Modelo de Variables del TMM	S. O. LABORAL USO PSICO USO LABORAL PERMANENCIA TMM AÑOS	0,75	63%	75,6%	0,21	77,98
Modelo de Variables del Proceso de Desintoxicación	PRESCRIPCION_DX DOSIS INICIAL PROCEDIMIENTO_DX2 T. SOCIAL_DX	0,98	80,6%	85,8%	0,62	54,01
Modelo Global	PSS PRESCRIPCION_DX PROCEDIMIENTO_DX2 T. SOCIAL_DX	0,94	81,5%	90%	0,63	54,47
Modelo Final	PSS PRESCRIPCION_DX PROCEDIMIENTO_DX2 T.SOCIAL_DX	0,90	85,8%	78,1%	0.59	58,59

11.5.9 Valoración del Modelo Final

Para la clínica fueron importantes las variables predictoras incluidas en el modelo, ya que se pudieron incorporar variables personales (estrés percibido) a las variables de mayor relevancia en el proceso de desintoxicación, que eran aquellas que determinaban las características de dicha intervención. Otras variables correspondientes a las condiciones en las que se había desarrollado el tratamiento de mantenimiento con metadona, como los años de permanencia y la frecuencia de uso del servicio psicológico durante el tratamiento, aunque lograron significación estadística en el modelo parcial, perdieron peso predictivo en la ecuación que incluía a todas las variables del estudio y no formaron parte del modelo final.

- La variable de mayor peso predictivo fue la relativa a los tratamientos farmacológicos empleados durante la desintoxicación por los facultativos de los CAID correspondientes. Aparecía como un importante factor de protección; su utilización suponía una ventaja 24 veces mayor (OR= 23,81) para llegar a dosis cero que la opción de prescindir de ellos y utilizar únicamente el procedimiento de reducción gradual de dosis. Aunque se registraron datos sobre los tipos de fármacos, no era el propósito de este estudio establecer el mejor procedimiento farmacológico empleado.
- La intervención social durante el proceso de desintoxicación aumentó de forma considerable las ventajas de conseguir un resultado efectivo en la desintoxicación de metadona. Los pacientes que recibieron durante el proceso de retirada de metadona este servicio de atención incrementaron en 13 veces (OR= 12,89) las ventajas para lograr llegar a dosis cero frente a los que no la recibieron.
- El modelo concedía un peso importante al estrés percibido por los participantes en el estudio como factor psicológico predictor del resultado de la desintoxicación. En el modelo, el estrés resultó un factor de riesgo; cada puntuación añadida de estrés percibido reducía la ventaja (*odds ratio*) de lograr la dosis cero 0,87 veces (OR= 0,87). La evaluación del estrés percibido se había realizado inmediatamente antes de iniciar el proceso de la desintoxicación de metadona y debe ser interpretado en el sentido de riesgo para interrumpir el proceso y no llegar a la dosis cero de metadona.
- El acuerdo entre el paciente y el equipo para iniciar la desintoxicación después de finalizar el TMM aparecía con más ventajas para llegar a dosis cero que cuando el equipo no compartía la decisión tomada a iniciativa del paciente. También fue una variable de peso como factor de protección que incrementó en más de 12 veces la tendencia a lograr la dosis cero entre los pacientes que realizaron la desintoxicación de metadona (OR=12,29).

La objetividad de los datos fue elevada para el caso del estrés percibido, obtenidos de las puntuaciones en un cuestionario con demostrada fiabilidad y validez en estudios con poblaciones similares a la de la presente investigación (Ladero, 2007; Pedrero *et al.*, 2010),

en estudios con población drogodependiente en tratamiento con antagonistas (Hyman, 2007, 2009) y en otras poblaciones clínicas (Remor, 2001, 2006).

La subjetividad no representó un problema importante en las otras tres variables categóricas ya que, aunque el procedimiento de obtención de los datos no fue cuantitativo, el empleo de tratamientos farmacológicos coadyuvantes, como variable binaria, bajo la prescripción y supervisión de los mismos facultativos que habían realizado el informe podía resultar suficientemente exacta, del mismo modo que la información sobre si la prescripción había contado con el acuerdo del resto del equipo y del propio paciente, o si hubo o no intervención social durante el mismo.

No obstante, las variables predictoras del modelo final fueron sometidas a las pruebas correspondientes de los supuestos de un modelo de regresión logística.

11.5.10 Diagnóstico del Modelo Final: Supuestos

a. Tamaño de la muestra:

La estimación máximo-verosímil sólo asegura la normalidad asintótica de las distribuciones muestrales si la muestra es grande. Según el criterio aconsejado por Doménech y Navarro (2008b), para un diseño de cohortes no poblacional, por cada predictor del modelo se necesita un mínimo de 10 casos de no-expuestos y el mismo criterio para 10 casos de expuestos.

En el estudio presente, la respuesta se distribuyó en 32 casos de expuestos (logro de dosis cero) y 43 casos de no-expuestos (interrupción). En el modelo final con cuatro variables predictoras ($10 \times 4 = 40$), el supuesto se cumplía para los no expuestos y estaba muy próximo al número de casos de expuestos.

b. Distribución normal:

Se comprobó la normalidad de la distribución de la muestra respecto a la variable PSS mediante la prueba de *Kolmogorov-Smirnov*, con corrección de *Lilliefors* con resultados que indicaban una distribución normal de la muestra ($Z = 0,05$; $p = 0,20$).

Las pruebas no paramétricas no requerían supuestos sobre la forma de distribución; se compararon frecuencias observadas y esperadas para comprobar que las categorías contuvieran la misma o parecida proporción de casos.

Tabla 94. Estadísticos de contraste. Modelo Final.

	PREScripción_DX	PROCEDIMIENTO_DX2	T.SOCIAL_DX
Chi-cuadrado(a,b,c)	12,81	15,12	8,90
gl	1	1	1
Sig. asintót.	0,00	0,00	0,003

c. Ausencia de colinealidad entre las variables predictoras:

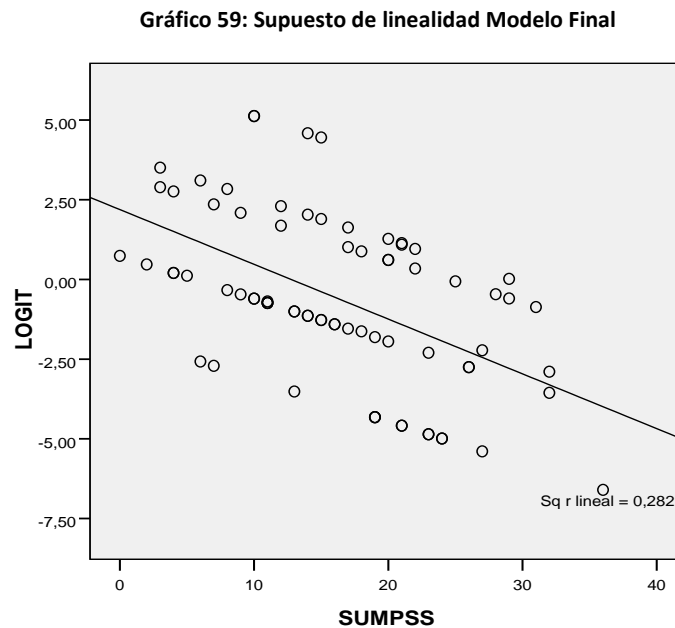
La *Tabla 95* muestra correlaciones bajas entre las variables predictoras, lo que indica ausencia de colinealidad entre ellas.

Tabla 95. Matriz de correlaciones. Modelo Final

	Constante	PSS	PRES_DX	PROC_DX2	T.SOC_DX
Constante	1,00	-,031	-0,79	-0,23	-0,35
PSS	-0,31	1,00	-0,20	-0,39	-0,45
PREScripción_DX	-0,79	-0,20	1,00	0,31	0,41
PROCEDIMIENTO_DX2	-0,23	-0,39	0,31	1,000	0,36
T.SOCIAL_DX	-0,35	-0,45	0,41	0,36	1,00

d. Linealidad:

El Modelo debía asumir linealidad en la relación entre la exposición y el *logit* de respuesta al ser la variable cuantitativa. Para verificarlo se procedió a graficar el *logit* contra la variable de estrés percibido.



En el gráfico 60 se observa una relación lineal entre la variable independiente y la variable predictora cuantitativa PSS (Sq r lineal=0,282).

e. Clasificación de los casos:

Además de los criterios de ajuste y clasificación ya evaluados, se reflejó en un gráfico la capacidad de clasificación del modelo final.

La *Figura 6* muestra la distribución de las probabilidades pronosticadas para el modelo con 4 variables predictoras. Los casos se encuentran identificados por las letras S= Si logró la dosis cero; N= No logró la dosis cero. Debajo del eje de abscisas se indica el *territorio* que corresponde a cada pronóstico. En una situación ideal (clasificación perfecta) todos los símbolos del interior del gráfico deberían estar situados en la vertical de su propio territorio. Los casos fuera de su territorio se consideran casos mal clasificados por el modelo.

Sólo 2 casos observados presentaron valores atípicos que podrían haber influido en las estimaciones del modelo.

11.6 ANÁLISIS MULTIVARIANTE. REGRESIÓN SIMPLE

El modelo logístico anteriormente estimado incluía el *estrés percibido* como una de las cuatro variables con mayor poder predictivo del logro de dosis cero cuando los participantes habían iniciado un proceso de retirada de metadona al finalizar un tratamiento sustitutivo de mantenimiento. El estrés percibido mostró su capacidad de predecir, como factor de riesgo, el éxito en el resultado de la desintoxicación en todas las ecuaciones de regresión analizadas.

Teniendo en cuenta la relevancia de la variable, en función de los objetivos del estudio y con base en el modelo teórico que ha orientado el presente trabajo de investigación, se consideró de interés proceder a su análisis como variable dependiente en relación al resto de factores psicológicos implicados; es decir, las variables independientes relativas a los factores psicológicos incluidos en el estudio: estados afectivos (ansiedad, depresión, insomnio); competencias (autoestima, autoeficacia, optimismo, locus de control, habilidades sociales, afrontamiento centrado en la emoción, afrontamiento centrado en la tarea, apoyo social, autocontrol); y consumo de sustancias (heroína, cocaína, cánnabis, alcohol y benzodiacepinas). Además se incluyó la variable, previamente calculada, *estilo de vida ajustado* definida por: convivir con familia propia o de origen, tener trabajo, mantener abstinencia a heroína y cocaína y no presentar incidencias legales actuales. Los datos sobre todas las variables mencionadas se obtuvieron a través de los mismos instrumentos de evaluación correspondientes al Autoinforme aplicado a cada paciente por los técnicos de sus respectivos centros, inmediatamente antes de iniciar el proceso de retirada de metadona.

En primer lugar se realizó un análisis de regresión simple con cada una de las variables independientes para cribar aquellas que no lograran un punto de corte de $p \leq 0,15$, y a continuación se utilizó un método de inclusión por pasos con el procedimiento de regresión múltiple, para seleccionar el modelo que mejor pudiera predecir la presencia de estrés como factor psicológico a considerar en caso de iniciar una desintoxicación de metadona. Las variables categóricas se introdujeron en el modelo como variables binarias. Los criterios de selección para el mejor modelo fueron la C_p de Mallows y el Coeficiente de Determinación R^2 ajustado.

11.6.1 Regresión Simple:

En el análisis de regresión simple efectuado con cada una de las variables independientes respecto a la variable dependiente de logro de dosis cero, se apreció que sólo tres de ellas no habían superado el punto de corte establecido (*Tabla 97*), la competencia locus de control y los consumos de cánnabis y alcohol durante el TMM.

Tabla 97. Coeficientes y prueba de significación estadística del análisis de regresión simple. Variable dependiente: *estrés percibido*

VARIABLES PERSONALES	B	t	Sig.	IC de B al 95%
<i>Ansiedad (HAD-A)</i>	1,85	9,17	0,00	1,46 a 2,27
<i>Depresión (HAD-D)</i>	1,28	7,96	0,00	0,92 a 1,53
<i>Insomnio (EPS)</i>	0,61	5,56	0,00	0,392 a 0,83
<i>Insomnio (COS)</i>	0,41	4,26	0,00	0,22 a 0,60
<i>Autoestima (VIP)</i>	-0,12	-5,08	0,00	-0,17 a -0,07
<i>Autoeficacia (VIP)</i>	-0,11	-3,55	0,001	-0,18 a -0,05
<i>Optimismo (VIP)</i>	-0,13	-4,67	0,00	-0,18 a -0,07
<i>Locus de Control (VIP)</i>	-0,02	-1,15	0,26	-0,06 a 0,02
<i>Habilidades Sociales (VIP)</i>	-0,06	-2,17	0,03	-0,11 a -0,00
<i>Afrontamiento Emoción (VIP)</i>	-0,12	-4,99	0,00	-0,17 a -0,07
<i>Afrontamiento Tarea (VIP)</i>	-0,15	-4,57	0,00	-0,21 a -0,08
<i>Apoyo Social (VIP)</i>	-0,04	-2,02	0,05	-0,08 a -0,00
<i>Autocontrol (VIP)</i>	-0,17	-7,60	0,00	-0,22 a -0,13
<i>Consumo Heroína</i>	3,40	1,67	0,10	-0,65 a 7,46
<i>Consumo Cocaína</i>	4,03	2,13	0,04	0,26 a 7,80
<i>Consumo Cánnabis</i>	0,82	0,43	0,67	-2,98 a 4,62
<i>Consumo Alcohol</i>	-1,72	-0,89	0,38	-5,58 a 2,14
<i>Consumo Benzodiazepinas</i>	6,66	3,79	0,00	3,16 a 10,16
<i>Estilo de Vida</i>	-1,98	-2,89	0,005	-3,34 a -0,62

Los resultados fueron similares a los hallados anteriormente, pero ofrecían mayor precisión, ya que el análisis univariante de la regresión lineal tiene mayor potencia estadística que las pruebas de correlación bivalente

11.6.2 Regresión Múltiple

En la ecuación de regresión lineal se introdujeron las variables que habían superado el punto de corte mediante el método de introducción por pasos adelante (*FORWARD*). En la *Tabla 98* se muestra el cambio en el coeficiente de determinación (R^2) con la inclusión de cada variable. La *Tabla 99* recoge los coeficientes de los predictores, los intervalos de confianza de cada parámetro, los estadísticos utilizados para su análisis y la significación alcanzada para cada uno de ellos en relación a la variable dependiente.

Tabla 98. Resumen del modelo de estrés percibido

<i>Modelo</i>	<i>R</i>	<i>R²</i>	<i>R² corregida</i>	<i>Error típ. de la estimación</i>	<i>Estadísticos de cambio</i>				
	Cambio en R²	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. del cambio en F	Cambio en R²	Cambio en F	gl1	gl2
1	0,73(a)	0,54	0,53	5,81	0,54	86,75	1	75	0,00
2	0,79(b)	0,63	0,62	5,24	0,09	17,93	1	74	0,00
3	0,82(c)	0,67	0,66	4,94	0,05	10,35	1	73	0,00
4	0,84(d)	0,71	0,69	4,69	0,04	9,10	1	72	0,00
5	0,86(e)	0,74	0,72	4,51	0,03	6,84	1	71	0,01

a Variables predictoras: (Constante), HAD-A

b Variables predictoras: (Constante), HAD-A, AUTOCONT

c Variables predictoras: (Constante), HAD-A, AUTOCON, BENZODIACEPINAS TMM

d Variables predictoras: (Constante), HAD-A, AUTOCONT,, BENZODIACEPINAS TMM, APOYO

e Variables predictoras: (Constante), HAD-A, AUTOCONT, BENZODIACEPINAS TMM, APOYO, HAD-D

Tabla 99. Coeficientes del modelo de regresión lineal de la variable dependiente estrés percibido

	<i>Coeficientes no estandarizados</i>		<i>Coeficientes estandarizados</i>		<i>Sig.</i>	<i>Intervalo de confianza para B al 95%</i>	
	B	Error Típico	Beta	t		Límite inferior	Límite superior
(Constante)	6,54	1,74		3,75	0,00	3,06	10,02
Ansiedad	0,79	0,23	0,31	3,42	0,001	0,33	1,25
Autocontrol	-0,08	0,02	-0,32	-3,92	0,00	-0,13	-0,04
Bzd TMM.	4,15	1,10	0,24	3,79	0,00	1,97	6,34
Apoyo	-0,04	0,01	-0,19	-3,01	0,004	-0,06	-0,01
Depresión	0,45	0,17	0,24	2,62	0,01	0,11	0,78

Se comprobaron posteriormente algunas interacciones de primer orden sin que ninguna de ellas lograra significación estadística, por lo que el resultado final de la estimación fue un modelo de 5 predictores sin interacciones.

ANSIEDAD + AUTOCONTROL + BENZODIACEPINAS EN TMM + APOYO SOCIAL + DEPRESIÓN

La ecuación lineal mostró diferentes tipos de factores psicológicos predictores del estrés percibido:

- Dos factores correspondientes a estados afectivos del sujeto (ansiedad y depresión) que indicaban mayor nivel de estrés percibido cuanto mayor alteración de ansiedad y depresión padecieran los pacientes. Entre ellos, la ansiedad ($B= 0,80$) tenía un poder predictivo mayor que la depresión ($B= 0,45$).
- Otros dos factores relativos a niveles competenciales en autocontrol ($B= -0,08$) y búsqueda de apoyo social ($B= -0,04$), con relación inversa respecto al estrés percibido, lo que sugería que niveles de competencia altos en el afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social y, aún más, en autocontrol, disminuían el nivel de estrés percibido que pudiera sufrir un paciente antes de empezar la retirada de metadona.
- La última variable independiente, que se mostró como el factor de mayor potencial predictivo respecto a los niveles de estrés percibido, fue el consumo de benzodiacepinas durante el TMM ($B= 4,15$): los sujetos que consumían ansiolíticos, sedantes o pastillas para dormir presentaron 4 veces más estrés que los pacientes que no las consumían.

Valoración del Modelo:

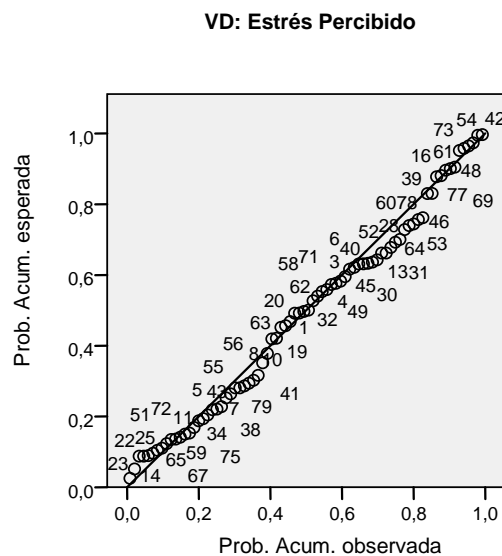
- El modelo presenta un C_p de Mallows= 6,00 y un $R^2= 0,72$ (R^2 corregida= 0,71) lo que indicaba que la ecuación de regresión seleccionada explicaba el 72% de la variabilidad del nivel de estrés percibido.
- El número de predictores no excedía el recomendado según el tamaño de la muestra:
($N= 5 \times 10$; $50 < 77$).

- La ecuación de regresión lineal que mejor predijo la percepción de estrés entre los pacientes de la muestra estudiada cumplía con los supuestos de:

Normalidad: Las dos pruebas aplicadas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk pusieron de manifiesto que no se había vulnerado el supuesto de normalidad (K-S: $p=0,20$; S-W: $p=0,12$).

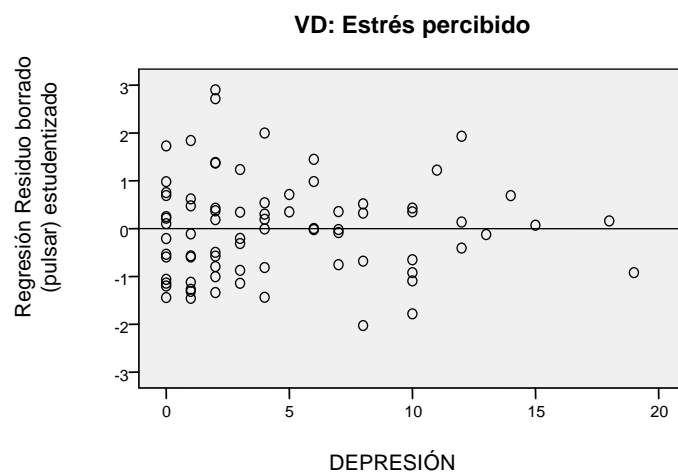
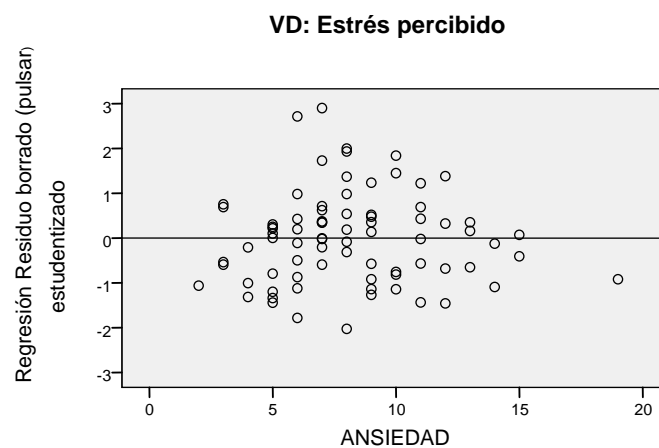
El examen del gráfico muestra que ningún caso presentaba un residual que se alejara significativamente de la normalidad.

Gráfico 60. Supuesto Normalidad

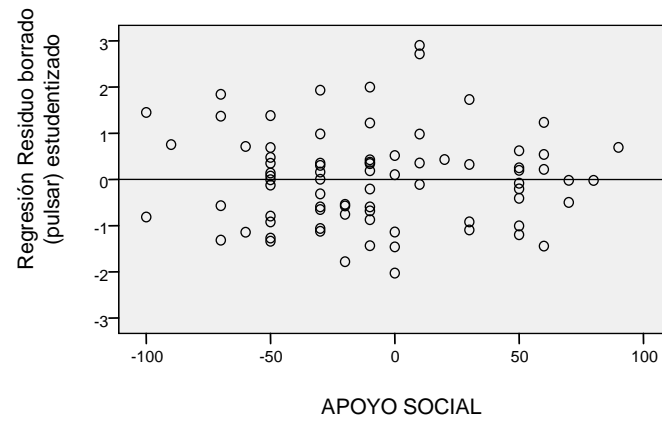


Linealidad y Homogeneidad: No se apreciaron vulneraciones a la linealidad ni a la homogeneidad de varianzas. Los siguientes gráficos muestran que la nube de puntos no seguía ningún patrón.

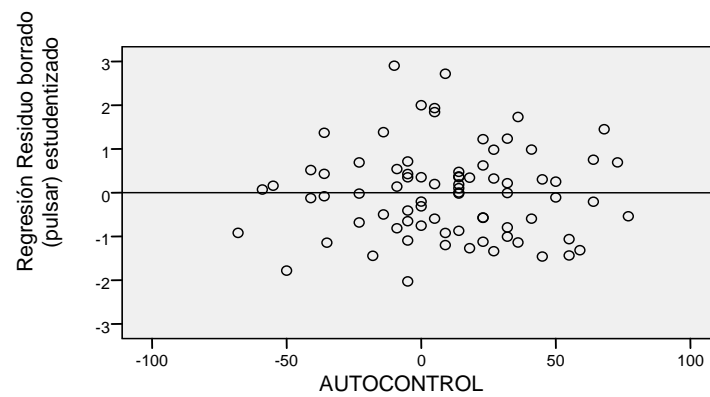
Gráficos 61-64. Supuestos linealidad y homogeneidad



VD: Estrés percibido



VD: Estrés percibido



Independencia: La prueba aplicada fue la de Durbin-Watson. El valor muy próximo a 2 indicó una autocorrelación nula.

Tabla 100. Supuesto de independencia. Modelo de Regresión lineal. VD: Estrés Percibido

<i>R</i>	<i>R²</i>	<i>R² corregida</i>	<i>Error típico de la estimación</i>	<i>Durbin-Watson</i>
0,85(a)	0,72	0,71	4,57	2,08

Variables predictoras: (Constante), Consumo de BZD en TMM, Apoyo Social, Autocontrol, Ansiedad, Depresión

Colinealidad: Los estadísticos de colinealidad, la tolerancia (superiores a 0,1) y el factor de incremento de la varianza (inferiores a 10), indicaron que no se daba una correlación múltiple entre el conjunto de variables independientes incluidas en el modelo, lo que podría provocar coeficientes inestables.

Tabla 101. Supuesto de colinealidad. Modelo de Regresión lineal. VD: Estrés Percibido

	<i>Tolerancia</i>	<i>FIV</i>
ANSIEDAD	0,46	2,15
DEPRESIÓN	0,43	2,31
APOYO SOCIAL	0,98	1,02
AUTOCONTROL	0,56	1,77
BZD.EN TMM	0,93	1,08

Se puede afirmar que el modelo cumplía con todos los supuestos y que por tanto los errores (residuales) se distribuyeron según una Ley Normal.

12. DISCUSIÓN

La retirada de metadona al finalizar un tratamiento de mantenimiento en pacientes con diagnóstico de adicción a opiáceos ha sido un tipo de intervención relativamente poco estudiada en España. Los trabajos publicados sobre la efectividad de los procedimientos empleados se han centrado en el empleo de fármacos específicos, en especial la inducción de *buprenorfina* en las últimas fases de la desintoxicación (Baño, 2003; Baño *et al.*, 2003; García-Cabeza y González-Rodríguez, 2003; Bilbao-Acedós y cols., 2009; González-Saiz y cols., 2009). No obstante, el interés por los nuevos procedimientos farmacológicos ha obligado a revisar estudios llevados a cabo en otros países en los que se comparan variables complementarias al propio método de reducción gradual de dosis; de ahí que la mayoría de autores españoles se refieran a unos u otros factores como indicadores de pronóstico, aunque en realidad no se hayan aportado apenas evidencias empíricas de estudios desarrollados con población española sobre dicha cuestión (Martínez Delgado, 2005; Climent Díaz 2006; Fernández Miranda, 2006, 2007, 2008).

La pertinencia de emprender una investigación de estas características no solo se justifica por el interés en observar si los mismos predictores del resultado de la desintoxicación de metadona informados en otras poblaciones se repiten en los pacientes tratados en el ámbito nacional o autonómico de nuestro país, sino que responde sobre todo a la necesidad de aportar datos que puedan contribuir a mejorar las intervenciones clínicas en pacientes que siguen un tratamiento de mantenimiento con metadona.

En los centros de la Comunidad de Madrid, los tratamientos sustitutivos con metadona suponen actualmente, el 32% de la actividad asistencial (Agencia Antidroga, 2011). La atención ambulatoria a estos pacientes presenta todavía algunas dificultades, expresadas recientemente por el Servicio de Asistencia y Reinserción de la Agencia Antidroga (Agencia Antidroga, 2012). Este Servicio, en un informe interno, muestra que el porcentaje de pacientes con dosis inferiores a 50 mg/día, es superior al de pacientes con dosis adecuadas al rango terapéutico (>50-60 mg/día); también señala la variabilidad intercentros respecto al número de pacientes cuyas dosis de metadona se encuentran en pauta de disminución (desde un 6,82% hasta un 22,54% del total de pacientes en proceso de retirada de metadona) y la dispersión en las pautas aplicadas, siendo no coincidentes en su mayor parte con las recomen-

daciones de estudios empíricos (Martínez Delgado, 2005), sobre la reducción de dosis. El Servicio de Asistencia de la Agencia Antidroga concluye su informe señalando la necesidad de homologar las intervenciones y recomienda para ello incrementar la oferta asistencial en los TMM ofertando actividades de educación para la salud, prevención de recaídas y psicoeducación o psicoterapia.

En las indicaciones de la Agencia Antidroga, el objetivo parece focalizarse en que los pacientes que no estén en dosis terapéuticas puedan acceder a procedimientos homologados de reducción de dosis con intervenciones complementarias que aumenten la probabilidad de llegar a dosis cero de metadona con éxito. La finalidad de estas indicaciones, supone en sí misma un reto terapéutico con baja probabilidad de éxito, si nos atenemos a los datos aportados hasta ahora por la literatura científica: menos de un 20% de éxito en el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo (de 6 meses a 3 años) (Martínez Delgado, 2005). Explorar factores asociados a la efectividad de las desintoxicaciones de metadona al final de un tratamiento sustitutivo sigue siendo de interés clínico y puede orientar futuras investigaciones sobre los procedimientos más adecuados, tanto desde la óptica biomédica como psicológica.

En nuestro estudio se procedió a observar el proceso de retirada de metadona en aquellos pacientes de los CAID de la Comunidad de Madrid que fueran a someterse a ese tipo de desintoxicación. La observación se pudo realizar sobre 81 pacientes procedentes de 15 centros distintos. Para ello se contó con la colaboración de al menos un facultativo de cada centro, aunque mayoritariamente fueron dos los profesionales encargados de registrar los datos: médico y psicólogo/a; en algunos casos los técnicos variaron a lo largo del tiempo en un mismo centro por diversas razones. En total colaboraron 38 técnicos en los tres años de duración del estudio (Véase Anexo 2). Se contó para el registro de los datos con una serie de instrumentos diseñados *ad hoc* en algún caso; en otros diseñados para estudios anteriores con poblaciones de similares características y que fueron adaptados a los objetivos de esta nueva investigación; el resto, con cuestionarios de probada fiabilidad y validez referida por sus propios autores o por las adaptaciones a población española o por aplicaciones en estudios con población drogodependiente. La selección de los instrumentos de evaluación se realizó en función de las variables consideradas relevantes para los objetivos del estudio y la

selección de dichas variables estuvo basada en la evidencia empírica sobre su relación con el perfil de las personas que componían la muestra. También se tuvieron en cuenta las características de los tratamientos de mantenimiento con metadona y los procedimientos empleados para la retirada de dicho fármaco al final del tratamiento sustitutivo. El análisis de los datos fue lo más exhaustivo que el tamaño de la muestra permitió y los resultados confirmaron en algunos casos y refutaron en otros las hipótesis planteadas, pero en definitiva se pudo aportar una información precisa y concreta sobre el proceso de retirada de metadona de la que previamente no se disponía.

Sometemos a discusión los resultados obtenidos considerando varios aspectos que pueden influir en la interpretación de los datos y la deducción de las conclusiones:

- a) El tamaño y perfil de la muestra
- b) La homogeneidad de los tratamientos
- c) La efectividad de los TMM
- d) Los Instrumentos de evaluación
- e) Los resultados de la retirada de metadona
- f) Los tiempos de supervivencia (retención)
- g) Las variables asociadas a los resultados de la retirada de metadona
- h) Las variables predictoras del *logro de dosis cero*
- i) Las variables predictoras del *estrés percibido*.

a) Tamaño de la muestra y perfil de los participantes en el estudio

Según los criterios de inclusión adoptados, 148 participantes de un total de 2.710 pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona en los 16 centros que participaron en el estudio, fueron considerados aptos para iniciar un proceso de retirada de metadona, lo que supuso un 5,46% de la población de referencia (pacientes en TMM). El porcentaje fue muy inferior al informado en otros estudios con el mismo tipo de población para explorar los resultados de una intervención de esas características.

- Cushman y Dole (1973), refirieron un 51% de pacientes que cumplían criterios de inclusión para la desintoxicación entre 209 pacientes en TMM
- Stimmel y Rabin (1973), informaron de un 16% de un total de 490 pacientes en TMM
- Lowinson y Langrand (1973), del 10% entre 2.184 pacientes en TMM
- Tennant y Shannon (1978), del 31% de 70 pacientes en TMM.

Para estos últimos autores, el bajo porcentaje de pacientes que cumplían criterios de inclusión en su estudio sugería que en los tratamientos de mantenimiento con metadona pocos pacientes lograban un nivel suficiente de objetivos en rehabilitación social.

En los trabajos revisados, cuanto más exhaustiva y precisa era la definición de criterios de inclusión basados en niveles de rehabilitación y funcionamiento social, menos pacientes eran considerados candidatos para iniciar un proceso de retirada de metadona. Dichos criterios se basaban principalmente en la abstinencia a drogas, una dosis estable de metadona durante los últimos meses de TMM, funcionamiento social ajustado, vida estable, núcleo de relación social alejado de la cultura de las drogas y ocupación laboral, entre los principales requisitos.

El nivel de exigencia planteado por los diferentes trabajos marcaba la diferencia en el resultado del total de pacientes incluidos en los estudios. En nuestro diseño ese nivel de exigencia, en cuanto a nivel de ajuste en la reinserción social, no estaba pre-definido y sin embargo el porcentaje resultó sensiblemente inferior a cualquier otro estudio de los que se revisaron. Ello podría corroborar la opinión de Tennant y Shannon (1978), en el sentido de

que el nivel de logro de objetivos de ajuste social era muy bajo, o bien que el criterio utilizado por los facultativos para proponer o acceder a realizar la desintoxicación había sido excesivamente exigente. También podría ocurrir que los objetivos para la retirada de metadona no se hubieran contemplado suficientemente, focalizando los TMM de modo casi exclusivo en objetivos paliativos. En cualquier caso puede ser importante adoptar criterios de logro de objetivos terapéuticos que permitan tomar decisiones respecto a la pertinencia de la desintoxicación, tanto a propuesta del equipo terapéutico como a petición del propio paciente.

En el estudio que presentamos, la distribución porcentual de los participantes que cumplían criterios de inclusión también varió mucho de unos centros a otros (Media= 9,13%; rango: 1,5% - 44,1%), así como el porcentaje de abandono (*mortalidad*) de casos (Media= 40%; rango: 0 - 100%), lo que parece confirmar la posibilidad de diferentes procedimientos (o actitudes) para la captación de los pacientes supuestamente “seleccionados”.

En un siguiente paso, el número de pacientes que cumpliendo criterios de inclusión en el estudio, finalmente firmaron el consentimiento informado y fueron evaluados con el protocolo inicial (la población de estudio), fue de 81, un 55% de la población diana. Si bien en cuanto a número la muestra podría ser aceptable (con limitaciones para el análisis de la evolución en el post-tratamiento), la proporción sobre el tamaño esperado no alcanzó una dimensión que pudiera garantizar la fiabilidad total de los resultados. Los criterios de inclusión, según los responsables técnicos de los diversos CAID que colaboraron en el estudio, afectaron a 148 pacientes, sin embargo declinaron su participación 59 de ellos, casi un 40%. A los 89 pacientes que aceptaron participar en el estudio hubo que restar posteriormente, 8 casos perdidos, que abandonaron antes de terminar la evaluación inicial. El porcentaje de rechazo a la firma del consentimiento informado fue superior al referido por algunos de los trabajos consultados:

- Cushman (1974), en un estudio sobre la desintoxicación de metadona tras un TMM informa de porcentajes en la *mortalidad* de casos en esta fase de alrededor de un 30%.

Durante las reuniones de coordinación entre técnicos se reflexionó acerca de las posibles causas de esta negativa a participar y se propusieron algunas alternativas para mejorar la inclusión de futuros candidatos, pero el resultado final no fue el esperado.

Otra cuestión a señalar es el ritmo de inclusión de pacientes a lo largo de los tres años de seguimiento, que partiendo de más del 50% del total de casos incluidos en el primer semestre, se fue reduciendo gradualmente hasta finalizar el periodo de seguimiento del estudio. No se han encontrado referencias sobre esta cuestión en la literatura científica revisada. Como único dato relevante se podría tener en cuenta que, aproximadamente en la mitad del periodo de observación (mediados de 2008), se produjo un cambio de personal técnico en algunos de los centros (los de mayor volumen de pacientes en TMM) y ello pudo influir en la información volcada para el estudio, a pesar de las reuniones de coordinación que se continuaron desarrollando de forma periódica.

En cuanto al perfil de los participantes, se compararon algunas de las variables sociodemográficas y clínicas de interés para el estudio actual, con las de pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona de estudios recientes con población española. También se compararon con las de otros estudios ingleses y norteamericanos, que aunque la información recogida afectaba a un número menor de estas variables, ofrecían datos sobre pacientes sometidos a desintoxicación de metadona tras un tratamiento sustitutivo de mantenimiento, con objetivos similares a los de nuestro estudio. Esto no ocurría con los trabajos nacionales centrados en procedimientos de desintoxicación de metadona, ya que sus objetivos eran de carácter casi exclusivamente farmacológico.

Los estudios españoles presentaban una muestra de pacientes con características en su mayor parte similares a las de los participantes en nuestro estudio, a pesar de que los tamaños eran muy variables y en algún caso se habían realizado en ámbito hospitalario y/o en comunidad terapéutica. En la *Tabla 102* se han volcado los porcentajes más representativos de cada categoría.

Tabla 102. Variables sociodemográficas y clínicas de varias muestras de pacientes en tratamiento con metadona

	N	centro	Sexo masculino	Promedio edad	E. civil	Convivencia	estudios	Trabajo Activo	Nivel	Sin In. Legales Actuales	Promedio Meses TMM	VIH +	VHC+
Estudio actual	81	Amb	74%	41.76	Soltero 49.4%	71.6%	Secundaria 35.8%	48.2%	Medio 48.2	80.2	48,42	30.9%	64.2%
Ladero, 2010	100	Amb	81%	37		85%	Primarios 91%	49%	Bajo 71%	53%	77	100%	
García Cabeza y Gzlez. Rodríguez, 2003	17	Hosp.	70,6%	34	Soltero 52,9%	70,5%	Primarios 35,3	11,8%			22.76	47.1%	82.4%
Castaños, Cernuda y Del Pino, 2006		Amb	77.7%	38	Pareja 59%		Secundaria 70%	47%	Medio 50%	61%			
Fernández Miranda et al. 2001	132	Amb	88.6%	27.9	Soltero 68.7	89.4%	Secundaria 47%	13.6%		65.4		38.3%	75.4%
Bilbao Acedós et al. 2009	18	CT Amb		40							41		
Carreras y Carrobles, 2004	253	Amb	77.5%	36.5	Soltero 52.2%	87%	Secundaria 41.5%	41%	Medio 49.8%	70%		46.2%	57.7%
Girón García y Martínez Delgado, 1998	49	Amb ²	86%	32.67	Pareja 51%	89.8%		59.2%				57.1%	
Fernández Sobrino et al., 2009	43	Amb	95%	42									
Domeque et al., 2010	78	Amb.	69%	39,6	Pareja 50%		Primarios 50%	62,8%			81.6		
Kanoff et al., 1993	24	Amb	100%	36.3							39.1		
Gentile and Milby, 1992	127		99.2%	40.1							90		
	99		98%	44.0							126		
	116	Amb.	47.4%	36.3							64.8		
	43		65%	32.1							36		
Wermuth et al., 1987	57	Amb.	56%	34							28		
Cushman, 1974	118	Amb./ Otros	81%	37							19-22		
Tennant y Shannon, 1978	12	Amb.	75%	37.3							33.2		
	10		60%	36.7							33.8		
Milby y cols., 1994	102	Amb.	82%	42									
Reilly y cols., 1995	74	Amb.	68%	41%				12%		80%			

² No especifica si el tipo de tratamiento es TMM, aunque se trata de pacientes con diagnóstico de adicción a heroína

En la población española, la muestra de pacientes era similar a la de nuestro estudio en sexo, edad, convivencia con su familia (propia o de origen), nivel de ingresos y nivel educativo, con alguna excepción, como el caso de Torrejón de Ardoz, que también difería en seropositividad al VIH por ser uno de los criterios de inclusión en dicho estudio. Los pacientes eran solteros en la mayoría de los trabajos consultados y con actividad laboral, exceptuando el estudio realizado en ámbito hospitalario. En todos los casos más de la mitad de los pacientes de cada muestra no tenían incidencias legales actuales, aunque ese porcentaje fue algo más elevado en la nuestra, siendo coherente con el momento del TMM en que se realizó la observación y considerando que se trataba de pacientes que iban a iniciar una desintoxicación como final de su tratamiento. El porcentaje de pacientes con infección por VHC era superior en todos los estudios al de infectados por VIH. En el trabajo más antiguo (Girón García y Martínez Delgado, 1998), este dato no aparece, probablemente porque la pertinencia clínica en este sentido ha ido creciendo a lo largo de la última década.

En población anglosajona los porcentajes en sexo y edad eran también similares. Los estudios revisados con población no española, centraban los objetivos en la retirada de metadona, presentaban menos datos sociodemográficos o clínicos y aparecían sistemáticamente otros relacionados con la investigación, tales como la duración del tratamiento de mantenimiento con metadona previo al inicio de la desintoxicación, cuestión ésta que en los estudios españoles era menos frecuente.

El tamaño de las muestras fue en general superior a 30 pacientes, pero en algunos estudios el número de participantes resultó excesivamente pequeño, lo que podría restar fiabilidad a los resultados.

b) Homogeneidad de los tratamientos

La similitud de las condiciones en las que se realizan los tratamientos de mantenimiento con metadona ha sido una de las cuestiones tradicionalmente más controvertidas en los estudios llevados a cabo, en especial para evaluar su efectividad (Informe GAO. USA, 1990).

En el presente estudio todos los centros formaban parte de la misma red asistencial pública de la Comunidad de Madrid. Al inicio de la investigación se recogieron una serie de ítems en el instrumento de evaluación y en protocolos previos a la recogida de datos, sobre cuestiones que informaban de las características del centro, el volumen de pacientes atendidos, el número de profesionales sanitarios y sociales, los servicios disponibles durante el tratamiento y las condiciones de dispensación (lugar, frecuencia de recogida, persona que recoge), la dosis media durante el tratamiento y la frecuencia de controles toxicológicos para determinar consumos de drogas.

Los gráficos 65 y 66 muestran las ratios de los profesionales sanitarios, muy similares en cuanto a médicos y personal de enfermería y con diferencias entre unos centros y otros respecto a los psicólogos. En este sentido debe tenerse en cuenta que los pacientes en TMM no conforman el total de pacientes atendidos en los centros; otros tratamientos de desintoxicación y deshabituación requieren una intervención más intensiva y prolongada por parte de los servicios psicológicos. Además, entre la plantilla puede haber profesionales dedicados a actividades no asistenciales como las actividades de prevención, desarrolladas frecuentemente por psicólogos. Todos los CAID que colaboraron en el estudio actual tenían en su cartera de servicios los tratamientos de mantenimiento con metadona y los de desintoxicación-deshabituación de drogas (tradicionalmente conocidos como Programas Libres de Drogas), a excepción del centro de Moratalaz que prácticamente solo atendía pacientes en TMM. Todos los CAID municipales de la Comunidad de Madrid, disponían de un Servicio de Prevención de Drogodependencias; no así los CAID ubicados en el municipio de Madrid (CAID Norte, Este y Sur), que solo mantenían actividad asistencial y en los que se pudo apreciar una mayor homogeneidad, también entre los profesionales psicólogos.

Gráfico 65. Ratio profesionales sanitarios/pacientes TMM

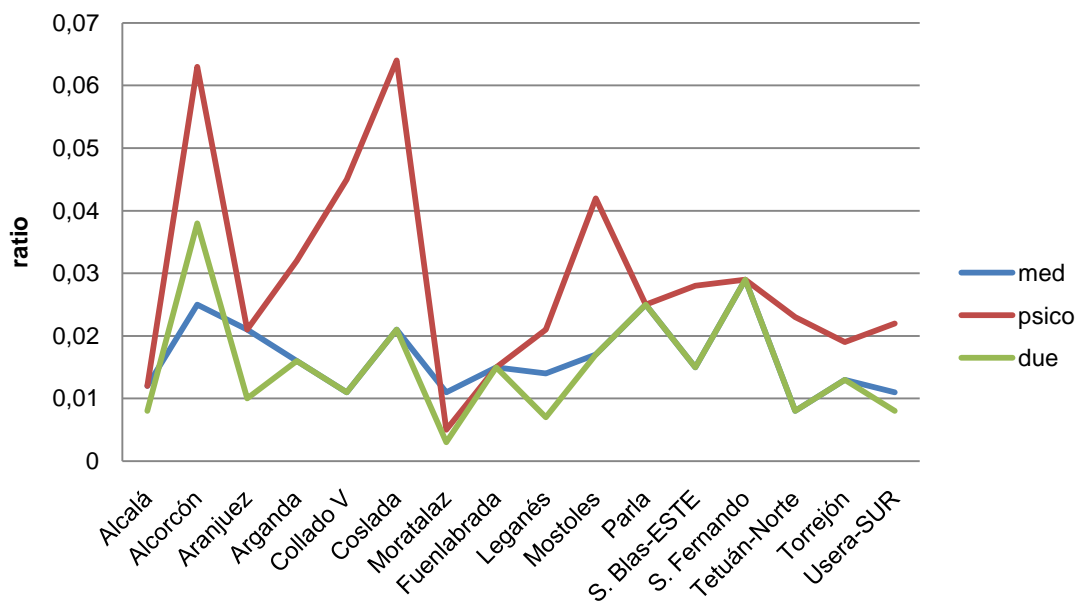
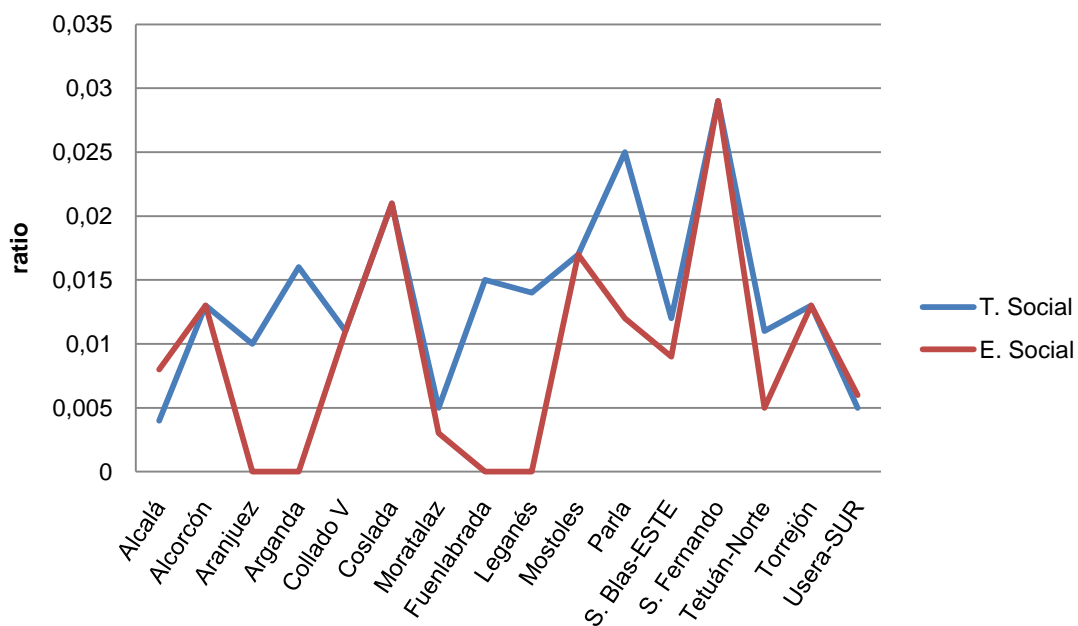


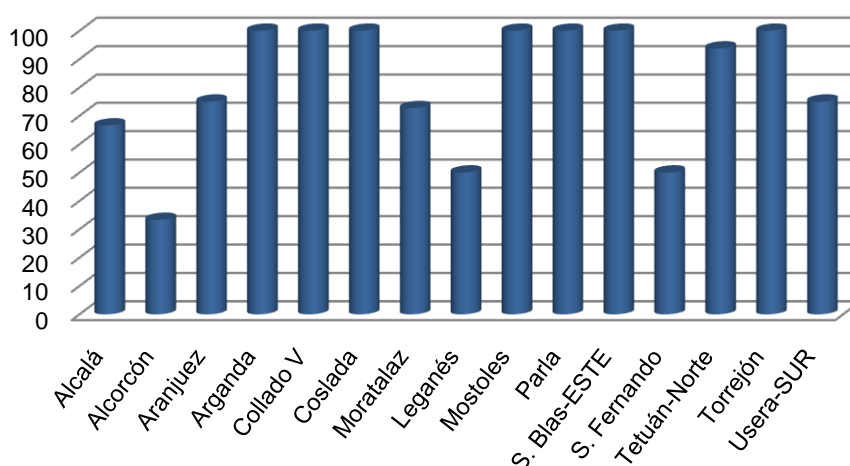
Gráfico 66. Ratio profesionales sociales/pacientes TMM



Algo parecido ocurría con el personal de reinserción social, con atención a los pacientes no solo de TMM, sino también de programas de desintoxicación y deshabituación de todo tipo de sustancias. En las ratios se apreciaban diferencias entre los CAID municipales con bajo volumen de pacientes que, aunque contaran con un solo profesional (trabajador/a o educador/a social), presentaban ratios elevadas en comparación con centros de mayor número de pacientes y con el mismo número de profesionales sociales.

En el 75% de los centros, la dirección o coordinación técnica estaba asumida por un facultativo sanitario (33% por médicos, 42% por psicólogos clínicos). El 79% de los centros prescriptores eran también dispensadores de las dosis diarias de metadona y disponían prácticamente de los mismos servicios (96% atención médica, 92% atención de enfermería; 100% atención psicológica y de trabajo social; 87% de orientación laboral). La recogida de dosis en los propios centros (83%) estaba generalizada y en su mayoría recogía el propio paciente; el 80% de los pacientes hacía controles toxicológicos de orina con periodicidad al menos mensual. El 78% de los pacientes del estudio habían mantenido una dosis media de metadona durante el TMM igual o inferior a 75 mg/día. Doce de los 15 centros colaboradores contaban con más del 50% de los participantes en el estudio con dosis inferiores a 60 mg/día.

Gráfico 67. Porcentaje de pacientes por centro con dosis media TMM < 75 mg/día



c) Efectividad de los Tratamientos de Mantenimiento con Metadona

En el estudio actual se evaluó a 81 pacientes que iban a iniciar un proceso de desintoxicación de metadona al finalizar un tratamiento sustitutivo, con un tiempo medio de permanencia en el tratamiento de 4,4 años ($DT= 3,07$; Min= 2 meses; Max= 13,5 años). La evaluación, además de servir a los objetivos del estudio, en cuanto a conocer los factores asociados a los resultados de la retirada de metadona, permitió observar el estado de los participantes y compararlo con los indicadores de efectividad utilizados en otros estudios (Carreras y Carrobles, 2004; Fernández-Miranda, 2001, 2005; Correa, 2009; Rodríguez-Martos, 1994; Sánchez -Pardo, 2000; Torrens y Fonseca, 2009).

Los datos mostraron una mayoría de pacientes con niveles aceptables de efectividad del TMM en varios de los indicadores estimados por otros estudios.

- En primer lugar en un grupo de variables que podían conformar lo que se ha considerado *estilo de vida* (lugar y núcleo de convivencia, ocupación laboral, ingresos, situación legal actual). Los pacientes del estudio vivían en su mayoría en una casa o piso (91%) con su familia propia o de origen (72%), mantenían una ocupación laboral (48%), tenían ingresos por encima de los 600 €/mes (59%) y no presentaban ningún tipo de incidencia legal en el momento del estudio (80%). Podrían cumplir criterios suficientes de reinserción social excepto por el dato relativo al núcleo de relaciones personales y actividades de ocio y tiempo libre, desconocido en este caso.
- Clínicamente, el 16% de los pacientes no presentaba enfermedades y entre los que padecían alguna patología, no necesitaban medicación en el 62% de los casos; no tomaba psicofármacos el 51% de los participantes en el estudio.
- En el momento de la evaluación, el 73% de los pacientes se mantenía abstinente a heroína y el 66% a cocaína. Estos porcentajes estaban próximos a los referidos en la muestra de pacientes del estudio de Fernández-Miranda *et al.* (2001), al final de un periodo de seguimiento de 6 años: 74,4% abstinentes a heroína, 76,6% a cocaína. El 62% de los pacientes de nuestra muestra mantenía abstinencia a cánnabis y el 38% a alcohol. La reducción en el consumo de drogas entre los meses previos a iniciar el TMM y el momento

del estudio había sido de un 72% en el caso de la heroína; un 55,6 % en el de la cocaína; un 16% en el cánnabis y un 5% en el caso del alcohol. El consumo de benzodiacepinas se daba en el 38% de los pacientes e incluía consumos terapéuticos y extraterapéuticos. En el estudio de Fernández-Miranda *et al.* (2001), el consumo extraterapéutico de benzodiacepinas había sido del 44%; en el estudio sobre adicción a benzodiacepinas en personas en TMM, de Carreras y Carrobles (2004), el consumo extraterapéutico llegó a un 48% de los pacientes consumidores de estos fármacos.

- Los pacientes presentaron puntuaciones medias en depresión (HAD-D), en estrés percibido (PSS-10) y en insomnio (EPS), inferiores a las puntuaciones obtenidas en otros estudios con muestras de pacientes en tratamiento sustitutivo con metadona (Carreras y Carrobles, 2004; Ladero, 2007; Ladero *et al.*, 2005, 2010; Pedrero y Olivar, 2010).
- El nivel de competencias de interacción social, evaluado en los participantes en el estudio, fue superior al de la muestra del estudio de Pedrero *et al.* (2005), en todas las subescalas y el perfil *cuasi-individualizado* calculado para la muestra actual en su conjunto ofreció unos valores promedio que indicaban competencias adecuadas en las relaciones interpersonales normalizadas y en el afrontamiento de situaciones problemáticas.
- Durante el tratamiento de mantenimiento con metadona, los participantes habían utilizado con bastante frecuencia los servicios complementarios al de dispensación. Habían mantenido una frecuencia de consultas entre semanal y diaria del 97,5% con el servicio médico y el de enfermería; del 92,5% con el servicio psicológico; del 92,4% con el servicio de trabajo social y del 29,5% con el servicio de orientación laboral. La satisfacción con esos servicios era entre bastante y mucha en el 47,5% de los casos respecto a la atención médica y de enfermería; en el 47,9% sobre la atención psicológica; en el 54,3% con la atención en trabajo social recibida y en el 58,8% sobre la atención y orientación laboral.

En general y en relación con los otros estudios mencionados, se observó para el conjunto de la muestra del estudio actual unas condiciones de rehabilitación adecuadas, con logros importantes en los indicadores de consumo de sustancias, estados afectivos, competencias y estilo de vida. La frecuencia de uso de los servicios complementarios a la dispensación de metadona fue elevada y moderadamente adecuada la satisfacción con los mismos.

d) El instrumento de evaluación.

Todos los cuestionarios seleccionados obtuvieron índices adecuados de fiabilidad en su aplicación a los participantes en el estudio (*Tabla 103*). Para su selección también se tuvieron en cuenta, además de la fiabilidad obtenida en trabajos anteriores, criterios sobre la facilidad de aplicación y la estimación del tiempo necesario en cumplimentarlos. El perfil de pacientes a los que estaban destinados exigía procedimientos de evaluación lo más sencillos posible sin perder fiabilidad en los resultados. Del mismo modo, el diseño multicéntrico y el número de técnicos colaboradores, no todos ellos psicólogos, aconsejaba la selección de cuestionarios que no requirieran entrenamientos exhaustivos para su aplicación.

Trabajos anteriores con población drogodependiente y en particular en tratamiento de mantenimiento con metadona, en los que se hubieran utilizado los mismos cuestionarios con buenos resultados de consistencia interna, fue otro de los criterios importantes. Algunos, como la Escala de Severidad de Dependencia a Benzodiacepinas (SDS. Gossop et al., 1995), la Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HADS. Zigmond y Snaith, 1983) y la Escala de Problemas de Sueño (EPS. Carreras y Carrobbles, 2004), fueron los instrumentos de evaluación empleados en estudios preliminares al trabajo de investigación actual (Carreras y Carro-

Tabla 103. Índices de fiabilidad de los cuestionarios aplicados a los participantes en el estudio.

Cuestionarios	Alpha de Cronbach
HAD-A	0,81
HAD-D	0,86
PSS	0,88
COS-Insomnio	0,88
EPS	0,86
SDS	0,76
VIP- Autoestima	0,83
VIP-Autoeficacia	0,75
VIP-Optimismo	0,81
VIP-Locus de control	0,72
VIP-HH.SS	0,79
VIP-Tarea	0,73
VIP-Emoción	0,73
VIP-Apoyo	0,82
VIP-Autocontrol	0,77

bles, 2001; 2004). La HADS y la Escala de Estrés Percibido (PSS. Cohen *et al.*), también fueron seleccionadas en otros estudios con población drogodependiente en TMM (Ladero, 2007, Ladero *et al.*, 2005, 2010).

El Cuestionario Oviedo de Sueño (COS. Bobes *et al.*, 1988), no había sido hasta ahora aplicado a población drogodependiente en tratamiento.

**Tabla 104 Correlaciones entre escalas:
Comparación COS-EPS**

Escalas/subescalas	COS	EPS
HAD-A	0,35**	0,52**
HAD-D	0,46**	0,58**
PSS-10	0,43**	0,53**
VIP-Autoestima	-0,25*	-0,27*
VIP-Autoeficacia	-0,16	-0,25*
VIP-Optimismo	-0,28*	-0,39**
VIP-Locus	-0,08	-0,16
VIP-HH.SS	-0,11	-0,14
VIP-Tarea	-0,18	-0,22
VIP-Emoción	-0,31**	-0,39**
VIP-Apoyo	-0,04	-0,03
VIP-Autocontrol	-0,30**	-0,36**

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

La razón de su utilización en el presente estudio fue el interés por validar la Escala de Problemas de Sueño (EPS. Carreras y Carrobbles, 2001; 2004), objetivo del que ya se han presentado resultados preliminares en una muestra de 122 pacientes drogodependientes con diferentes tipos de tratamiento. Los resultados del análisis factorial preliminar de la EPS apuntaron a una solución unifactorial: Insomnio, que explicaba el 48,19% de la varianza y con pesos factoriales apropiados para cada uno de los ítems. La correlación entre la puntuación total de la EPS y la escala de insomnio del COS fue, en este estudio preliminar de validación, de 0,83 ($p < 0,000$). La consistencia interna del cuestionario en la muestra de estudio para su validación, medida con el coeficiente *alpha* de Cronbach, fue de 0,83. Un análisis de la varianza no ofreció diferencias significativas en las puntuaciones

totales de la EPS según la droga principal de consumo y tampoco entre hombres y mujeres (Carreras y Almendros, 2010).

En el estudio actual, la consistencia interna de ambas escalas fue adecuada (COS: $\alpha=0,88$; EPS: $\alpha=0,86$).

En el análisis correlacional entre las puntuaciones del conjunto de cuestionarios utilizado (coeficiente de correlación de *Pearson*), la Escala de Problemas de Sueño (EPS) correlacionó en mayor medida que el COS con las dos subescalas del HAD (HAD-A; HAD-D), con la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) y con las subescalas del VIP (*Tabla 104*).

La EPS obtuvo también mayores niveles de concordancia (índice *Kappa*) que el COS en relación a la percepción subjetiva de los pacientes de la muestra sobre si sufren o no trastornos de sueño (COS: $k=0,27$; $p=0,009$. EPS: $k=0,35$; $p=0,001$). En el análisis de regresión simple, la relación entre la variable dependiente de estrés percibido y el insomnio medido con ambas escalas fue más potente para la EPS ($B=0,61$; $t=5,56$; $p=0,000$. IC de B 95%: 0,39 a 0,83) que para el COS ($B=0,41$; $t=4,26$; $p=0,000$. IC de B 95%: 0,22 a 0,60).

En cuanto al Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP), de Pedrero *et al.* (2005), fue seleccionado por englobar en un mismo instrumento variables personales frecuentemente asociadas al consumo de drogas y a la prevención de recaídas, como son el autocontrol (López Torrecilla *et al.*, 2003); la autoeficacia (Chicharro, Pedrero y Pérez-López, 2007; Goldbeck *et al.*, 1997; López Torrecilla *et al.*, 2005; Reilly *et al.*, 1995); las habilidades sociales (Martínez Lorca y Alonso Sanz, 2003); o el afrontamiento del estrés (Graña y García-Álvarez, 1994; Pedrero y Olivar, 2010). En el estudio de validación del cuestionario (Pedrero *et al.*, 2005), los autores utilizaron entre otros, el *Coopersmith Self-Esteem Inventory*, versión española de Alonso y Barrio; la *Escala de Autoeficacia General*, de Baessler; el *Life Orientation Test*, de Scheier y Carver, versión española de Otero *et al.*; la *Rotter's Internal-External Control Scale (LOC)*, versión española de Pérez García; la *Escala Multidimensional de Expresión Social- Parte motora (EMES-M)*, de Caballo; el *Cuestionario de Autocontrol de Rosenbaum*, versión española de Capafons y Barreto; el *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)*, de Endler y Parker, versión española de Sánchez-Élvira; el *Beck Depression Inventory (BDI)*, de Beck *et al.*, versión española de Sanz y Vázquez. En las conclusiones de dicho estudio se afirma que, salvo las dimensiones de locus de control y de afrontamiento centrado en

la búsqueda de apoyo social, el resto de subescalas presentaban correlaciones significativas con los instrumentos respectivos de validación.

En el estudio actual se presentaron algunas dificultades con este cuestionario. Si bien los resultados sobre la validez del VIP publicados por los autores favorecían su utilización para el presente trabajo teniendo en cuenta la supuesta pertinencia de las variables exploradas, la exhaustividad de la evaluación y la facilidad de aplicación, los resultados obtenidos en nuestra muestra difirieron de forma importante de los hallados por los autores. Es posible que ello pudiera deberse a que los participantes en nuestro estudio, todos con diagnóstico de dependencia a opiáceos, habían completado el TMM y se encontraban en la fase final del tratamiento, con un nivel de logro determinado en los objetivos de rehabilitación (consumo de sustancias, estabilidad afectiva, estilo de vida, etc.), mientras que la muestra estudiada por los autores del cuestionario estaba en otras condiciones de tratamiento y se componía de pacientes con diagnóstico de Trastorno por Uso de Sustancias de diferentes categorías (heroína, cocaína, alcohol, cánnabis y benzodiacepinas).

En cualquier caso, señalamos las cuestiones que nos parecieron más relevantes respecto a los resultados obtenidos con este instrumento de evaluación:

- El perfil cuasi-individualizado calculado para el conjunto de la muestra ofreció valores promedio para todas las subescalas con la excepción de la subescala de afrontamiento - apoyo social en la que presentaban menores niveles de competencia, lo cual sugeriría un nivel competencial medio bastante adecuado en el grupo de pacientes de nuestro estudio.
- En el análisis factorial del estudio de validación del VIP, la solución que los autores consideraron más satisfactoria fue la de seis factores que explicaban un 43% de la varianza total del test. Esta solución era bien distinta a la obtenida en el análisis factorial realizado en nuestro estudio, con dos factores que explicaban el 60,15% de la varianza total: el Factor 1 compuesto por las variables de habilidades sociales, optimismo, autoestima, emoción y locus de control que explicaba el 47,85% de la varianza; y el Factor 2, com-

puesto por las variables de tarea, autoeficacia y autocontrol que explicaba el 12,30% de la varianza restante.

- el Factor-Afrontamiento dió resultados inestables respecto al logro de dosis cero ($t(70) = 1,15$; $p = 0,26$; $d = -0,26$), con menores niveles competenciales en los pacientes que habían logrado desintoxicarse. En el análisis de la evolución post-tratamiento, el resultado fue más coherente pero sin significación estadística y con una baja potencia del efecto ($t(27) = 0,56$; $p = 0,58$; $d = 0,28$). El Factor-Autocontrol ofreció mejores resultados, en la desintoxicación ($t(70) = 1,14$; $p = 0,26$; $d = 0,28$) y en el post-tratamiento ($t(27) = 0,84$; $p = 0,41$; $d = 0,36$), donde se pudo apreciar un tamaño del efecto algo más elevado, aunque sin alcanzar la significación estadística.
- En el análisis de la 9 subescalas que componen el cuestionario, las medias de las puntuaciones obtenidas por los pacientes de nuestra muestra también fueron muy diferentes de las obtenidas en el estudio de Pedrero *et al.* (2005). En general los participantes en el estudio actual alcanzaron mayores niveles de competencia en todas las subescalas aproximándose más a las puntuaciones obtenidas por la población general presentadas por los autores, aunque lógicamente por debajo de ellas. Las diferencias respecto a la población general que presentaron un mayor tamaño del efecto fueron las subescalas de optimismo ($d = -0,49$), afrontamiento-apoyo ($d = -0,51$) y sobre todo autocontrol ($d = -0,84$).
- En la desintoxicación (momento 1 de la observación), las medias de las puntuaciones obtenidas en las subescalas del VIP por el grupo de pacientes que lograron llegar a dosis cero ofrecieron resultados inestables, contrarios a lo esperado, mostrando en su mayoría niveles de competencia inferiores a las de los participantes que fracasaron en la desintoxicación; con excepción de las subescalas de autoestima ($t(70) = -0,25$; $p = 0,80$; $d = 0,06$), afrontamiento emocional ($t(70) = 1,04$; $p = 0,30$; $d = 0,38$), afrontamiento en búsqueda de apoyo social ($t(70) = -1,54$; $p = 0,13$; $d = 0,36$) y autocontrol ($t(70) = -1,31$; $p = 0,19$; $d = 0,31$), inferiores en el grupo de participantes que interrumpieron la desintoxicación sin lograr llegar a dosis cero.

- En el post-tratamiento (momento 2 de la observación), todas las subescalas mostraron resultados más altos en los participantes abstinentes que en los que recayeron después de la desintoxicación, según lo esperado; sin embargo, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. En algunas de las subescalas se pudo apreciar un tamaño del efecto importante, especialmente en locus de control ($t(27) = 1,33$; $p = 0,20$; $d = 0,55$) y autocontrol ($t(27) = 1,78$; $p = 0,09$; $d = 0,74$).

A pesar de la inestabilidad de los resultados globales del VIP en su aplicación a los participantes del estudio actual, que ha podido dificultar la interpretación de los datos en su conjunto, se observó una cierta coherencia en los resultados de las escalas de afrontamiento-emoción, afrontamiento-apoyo social y autocontrol, respecto al logro de dosis cero; y de locus de control y autocontrol en cuanto a la evolución durante el post-tratamiento.

Los datos parecen sugerir que las subescalas relativas a competencias vinculadas a la autorregulación del comportamiento (autocontrol, afrontamiento emocional, locus de control) y el apoyo social, tuvieron un mayor peso en su relación con la efectividad en la retirada de metadona, aunque ello no pueda ser concluyente en este estudio y requiera su confirmación en estudios posteriores con un mayor número de participantes y una selección más específica de los instrumentos de evaluación. Esta línea de investigación puede resultar de interés ya que las competencias de autocontrol y búsqueda de apoyo social fueron las que en un análisis posterior mostraron valor predictivo para el estrés percibido, principal factor psicológico predictor de la efectividad de la desintoxicación de metadona. El mismo resultado fue obtenido en otros estudios realizados con población drogodependiente en tratamiento con antagonistas (Hyman, Hong, Chaplin *et al*; 2009).

e) Los resultados de la retirada de metadona.

En el momento de la finalización del estudio, en diciembre de 2009, los resultados en cuanto a la efectividad de la retirada de metadona tras un tratamiento sustitutivo, en 76 de los 81 participantes, no fueron del todo satisfactorios, menos de una tercera parte había logrado superar con éxito la desintoxicación y mantener la abstinencia durante los meses posteriores.

- ✓ Un 42% de los participantes había logrado llegar a dosis cero.
- ✓ El 58% había interrumpido la desintoxicación antes de lograrlo
- ✓ El 28% del total de los participantes (N=76) mantuvo abstinencia tras lograr desintoxicarse.
- ✓ El 11% (N=76), tuvo una recaída durante el post-tratamiento

Dos años después, solo el 16% de los participantes (N=76), se mantenía abstinentes.

El resultado global fue próximo el de otros estudios empíricos realizados con anterioridad en poblaciones similares y con los mismos objetivos:

- Cushman (1974), con una muestra de 118 pacientes que fueron desintoxicados en su mayoría con un procedimiento de reducción gradual de la dosis de metadona, informó de un 46% de éxito en la desintoxicación; un 23% de interrupción del proceso; un 34% de mantenimiento de la abstinencia tras llegar a dosis cero y un 12% de recaídas post-tratamiento.
- Gentile y Milby (1992), en una revisión de varios estudios sobre los resultados de la desintoxicación de metadona después de haber realizado un tratamiento de mantenimiento, situaron entre el 19% y el 50% el porcentaje de pacientes que habían completado con éxito la desintoxicación.

- Kanoff, Aronson y Ness (1993), informaron de un 46% de pacientes que había llegado a dosis cero y un 50% de ellos que habían logrado mantener la abstinencia hasta 6 meses después de la desintoxicación.
- Stimmel y Rabin (1974), obtuvieron un 17% de éxito en la retirada al finalizar un tratamiento de mantenimiento con metadona y un 67% de fracasos.

La mayoría de los autores no consideraron satisfactorios los resultados obtenidos. Principalmente Cushman (1974), que informó de un seguimiento muy complicado en los pacientes que habían logrado desintoxicarse (46%). Para Cushman, la probabilidad de mantener la abstinencia durante el post-tratamiento resultaba difícil de estimar. En relación con la población de referencia (el total de pacientes tratados durante 8 años en el Hospital St. Luke), el porcentaje de éxito fue muy pequeño, ya que la suma de los fracasos en llegar a dosis cero y las recaídas (41), era similar a la de los éxitos (40), por lo que asumía que la desintoxicación de metadona no era un objetivo realista para todos los pacientes en tratamiento. La desintoxicación para Cushman debía ser tomada en cuenta como una opción más entre otras posibilidades. El estado de funcionamiento general del paciente tenía que ser, para este autor, la primera consideración (abstinencia a drogas, estabilidad emocional, buenas relaciones familiares, actividad laboral). En estas condiciones, si la metadona pudiera ser retirada y el paciente continuara funcionando bien, la desintoxicación estaría completamente indicada, pero si la rehabilitación del paciente se viera amenazada o perdida, entonces debería darse marcha atrás.

f) Tiempo de supervivencia

Los tiempos medios de supervivencia de los pacientes que fracasaron y de los que lograron llegar a dosis cero fueron muy similares: 14 meses en el primer caso y 15 en el segundo. Las diferencias se observaron en la tasa de impacto, que reflejaba la mayor mortalidad en el primer semestre para los casos que habían fracasado y la mayor tasa de logros en la desintoxicación durante el último semestre del periodo de seguimiento; los datos indicaron que la mayoría de los pacientes consiguieron la desintoxicación en periodos largos de tiempo y los que fracasaron lo habían hecho rápidamente, durante los primeros meses de la intervención.

Durante el post-tratamiento, los participantes en el estudio mantuvieron la abstinencia durante 17 meses por término medio. La mayor tasa de recaídas apareció entre los 18 y los 24 meses. Este dato alienta a mantener periodos de seguimiento prolongados tras la desintoxicación para asegurar la efectividad de las intervenciones.

- Cushman (1981), informó en su estudio de una frecuencia alta de recaídas inmediatamente después de la dosis cero de metadona, que se incrementaba a lo largo de los 3 primeros años posteriores a la desintoxicación y se presentaba con menor probabilidad después de este periodo.

La comparación de curvas de supervivencia entre el grupo de pacientes que habían interrumpido la desintoxicación reveló que, aquellos que se habían mantenido durante mayor tiempo en el proceso de retirada de metadona, fueron los que habían estado en TMM menos tiempo (<4 años), no habían presentado un problema de adicción a benzodiazepinas, no habían percibido su situación estresante cuando iniciaron el proceso de desintoxicación, habían realizado un intento o dos anteriores de desintoxicación de metadona, no habían consumido cocaína ni heroína durante la desintoxicación, habían sido tratados con fármacos de apoyo a la desintoxicación, habían sido atendidos por el servicio de trabajo social durante la reducción de la dosis de metadona y habían presentado un número mayor de síntomas de abstinencia.

g) Variables asociadas a los resultados de la retirada de metadona

Todas las variables del estudio fueron sometidas a los análisis estadísticos pertinentes para determinar su posible asociación con el resultado de la retirada de metadona. Un número importante de variables mostró una relación estadísticamente significativa con la efectividad de la intervención; la mayoría estuvo asociada al logro de dosis cero en el proceso de desintoxicación (N=75). Solo unas pocas variables mostraron relación significativa únicamente con la abstinencia durante el post-tratamiento en los meses de seguimiento tras la desintoxicación, pero estos resultados deben interpretarse con cautela debido al bajo número de participantes que lograron desintoxicarse con éxito (N=29). Otras variables, con referencias de significación estadística en estudios anteriores sobre el mismo objetivo de investigación, no consiguieron los mismos resultados en el estudio actual.

Las variables exploradas en relación al resultado de la retirada de metadona, tanto en el momento 1 de la desintoxicación, como en el momento 2 del post-tratamiento, fueron consideradas factores disposicionales de la efectividad de la intervención. Para su discusión, teniendo en cuenta las consideraciones mencionadas y los resultados obtenidos en nuestro estudio, se agruparon en tres categorías:

- 1) La pertinencia de la intervención
- 2) El procedimiento empleado para la desintoxicación
- 3) La disponibilidad de servicios

1) **La pertinencia de la intervención.** Se han incluido en este grupo:

- a) Variables que mostraron su relación con el resultado de la retirada de metadona y coincidieron con las señaladas en estudios anteriores, tales como la realización de una evaluación previa interdisciplinar ($\text{Chi-cuadrado}= 5,36$; $p= 0,02$), el acuerdo entre el equipo y el paciente para proceder a la desintoxicación ($\text{Chi-cuadrado}= 10,02$; $p= 0,002$), el tiempo de permanencia en el TMM (< 3 años) ($t'(72,84)= 3,30$; $p= 0,001$; $d= -0,73$), la adherencia terapéutica mostrada a lo largo del tratamiento sustitutivo ($\text{Chi-cuadrado}= 4,07$; $p= 0,04$) y una dosis de partida suficientemente baja (< 45

mg/día) ($t(73) = 2,11$; $p = 0,04$; $d = -0,49$). La evaluación preliminar, comprendía a su vez variables que describían las posibles conductas de riesgo de los participantes para lograr la desintoxicación y el mantenimiento de la abstinencia durante el post-tratamiento, como la ansiedad ($t(73) = 2,10$; $p = 0,04$; $d = -0,49$) y el estrés percibido ($t(73) = 3,20$; $p = 0,002$; $d = -0,75$). Todas ellas, excepto la adherencia al TMM, mostraron estar asociadas a los resultados del momento 1 de la observación: la desintoxicación hasta llegar a la dosis cero de metadona. El acuerdo paciente-equipo terapéutico obtuvo resultados significativos también en su relación con el mantenimiento de la abstinencia durante el post-tratamiento ($\text{Chi-cuadrado} = 8,78$; $p = 0,003$). La adherencia al TMM únicamente logró obtener una relación significativa con la evolución durante el post-tratamiento ($\text{Chi-cuadrado} = 4,07$; $p = 0,04$).

- b) Variables que no lograron una relación significativa en nuestro estudio, a diferencia de lo observado por otros autores en estudios anteriores, tales como el nivel de rehabilitación social alcanzado por los participantes, las competencias mostradas en el momento previo al inicio de la desintoxicación de metadona y el temor a la desintoxicación.
- a) Entre los resultados coincidentes con los obtenidos en el estudio actual se encuentran los trabajos de:
- Cushman (1974,1981), quien confirmó en varios estudios que el acuerdo entre los pacientes y el equipo clínico para proceder a la retirada de metadona, era una variable asociada al éxito en la desintoxicación. Cushman (1981), denominó a este procedimiento *desintoxicación terapéutica* frente a otro tipo de desintoxicaciones (administrativas, ingresos en prisión o desintoxicaciones voluntarias) y lo relacionó con el mantenimiento de la abstinencia durante el seguimiento de 3 años que realizó a los pacientes desintoxicados. Durante ese periodo, el 56% del total de pacientes desintoxicados, se mantuvo abstinentes y todos ellos pertenecían al grupo en el que se había producido acuerdo terapéutico. Cushman (1981), situó también el tiempo de permanencia en TMM, como factor de pronóstico para el éxito en la retirada de metadona, alrededor de los 3 años, al igual que sucedió en nuestro estudio.

- Gossop, Mardsen, Stewart *et al.* (2001), en un estudio donde compararon dos grupos de pacientes en dos condiciones de tratamiento: unos en tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM) y otros en tratamiento para la reducción de dosis de metadona (TRM), encontraron que el único factor predictivo del resultado de abstinencia a heroína en el periodo de seguimiento en el grupo de pacientes en TRM fue el porcentaje de dosis que habían reducido durante la desintoxicación, en comparación con la dosis habitual que habían mantenido durante el TMM. Para los autores, dosis altas de partida para la desintoxicación que propiciaran porcentajes elevados de reducción, estaban relacionados con una mayor probabilidad de consumo de heroína durante el seguimiento.
- Latowsky (1996), en una revisión sobre la efectividad de estas intervenciones, informó de la importancia de adoptar criterios consensuados para proceder a la retirada de metadona después de seguir un TMM. En su opinión se debía valorar la motivación para realizar la desintoxicación, expresada a través del acuerdo en iniciar dicho proceso entre el paciente y el equipo terapéutico. Además insistía en la necesidad de evaluar los estados emocionales de los pacientes, ya que según varios autores mencionados en su trabajo, los adictos a opiáceos parecían ser muy vulnerables a los episodios depresivos breves durante periodos de estrés y habían mostrado significativas fluctuaciones e inestabilidad en sus síntomas depresivos. Latowsky proponía reconocer, examinar, evaluar y manejar mejor los cambios emocionales que pudieran ocurrir durante y después del periodo de desintoxicación. En relación al tiempo de permanencia en TMM, reflejó en sus conclusiones que la retirada de metadona debía prolongarse durante periodos significativos de tiempo.
- Milby, Hohmann, Gentile, *et al.* (1994), determinaron una relación significativa entre el tiempo de permanencia en TMM y la fobia a la desintoxicación, variable que había mostrado una asociación con el éxito en la desintoxicación de metadona y que habían equiparado a una alteración emocional semejante a la del estrés post-traumático. En un estudio realizado con 271 pacientes en TMM, encontraron que el grupo que presentaba fobia a la desintoxicación contaba con un tiempo de permanencia más prolongado en el tratamiento sustitutivo de mantenimiento.

- Stimmel, Goldberg, Rotkopf *et al.* (1977); Stimmel y Rabin (1974), encontraron diferencias significativas en los resultados de la retirada de metadona entre el grupo de pacientes que había iniciado la desintoxicación con acuerdo entre el paciente y el equipo terapéutico (tras haber completado su TMM y haber sido valorado por un equipo interdisciplinar) y otros grupos de pacientes, unos desintoxicados por incumplimiento de reglas del centro, otros a petición de los propios pacientes sin acuerdo de los facultativos, u otros por ingreso en prisión. El 73% de los pacientes desintoxicados con acuerdo del equipo habían logrado mantener la abstinencia, aunque el seguimiento fue difícil de realizar en opinión de los autores, y sólo el 17% de los pacientes a los que se pudo localizar, de los 168 que componían la población estudio, seguían abstinentes durante el periodo de seguimiento (47 meses). Los autores informaron también de un tiempo de permanencia en TMM mayor en los pacientes abstinentes que en los que recayeron, respecto al total de la muestra y en 3 de los 4 grupos de pacientes comparados en su estudio; sin embargo únicamente obtuvieron significación estadística de la diferencia en el grupo que se desintoxicó voluntariamente. La media de permanencia en este grupo fue de 10,5 meses; la media en el grupo que había completado el TMM (similar a la muestra de nuestro estudio) y en el que la desintoxicación se había realizado con el acuerdo paciente-equipo, fue de 32,1 meses (29 meses los que recayeron; 34,4 los que mantuvieron abstinencia; la diferencia no logró la significación estadística). Basándose en estudios previos, incluyeron entre sus conclusiones la posibilidad de relacionar el elevado porcentaje de recaídas tras la desintoxicación de metadona con el nivel de ansiedad percibida por los pacientes después de haber realizado un TMM durante muchos años.

No se encontraron referencias en trabajos empíricos previos que asociaran el estrés percibido con los resultados de la retirada de metadona, aunque sí fue muy recurrente la referencia a la ansiedad vinculada al éxito de la intervención. En nuestro estudio, el estrés percibido estuvo relacionado con la efectividad en el logro de dosis cero ($t(73) = 3,20$; $p = 0,002$; $d = -0,75$), con un elevado tamaño del efecto, indicando que un mayor nivel de estrés se correspondía con peores resultados en la desintoxicación de metadona. Asimismo, la correla-

ción con la ansiedad previa a la desintoxicación, fue muy elevada ($r_{xy}= 0,72$; $p= 0,000$). El estrés percibido ha sido relacionado con diversos factores en las adicciones y los problemas derivados del consumo de drogas, tanto en su etiología como en el mantenimiento de la adicción y las recaídas post-tratamiento (Pedrero y Olivar, 2010). También se le ha asociado a la variable de adherencia a los tratamientos retrovirales en población drogodependiente sometida a un tratamiento de mantenimiento con metadona (Ladero, 2007; Ladero *et al.*, 2005, 2010). Otros estudios han informado que pacientes drogodependientes en tratamiento con antagonistas opiáceos, con baja percepción de estrés, mantuvieron la abstinencia a heroína en mayor medida que los que presentaban niveles más altos de estrés percibido (Hyman *et al.*, 2007, 2009).

Tampoco se encontraron referencias que relacionaran los resultados de la retirada de metadona con el nivel de adhesión terapéutica y permitieran comparar con los resultados obtenidos en nuestro estudio. La medición de esta variable fue realizada con datos obtenidos del protocolo final de evaluación (IDM). Recogía una valoración global y subjetiva de los facultativos acerca del seguimiento de pautas e instrucciones, así como la toma de la medicación, tanto a lo largo del TMM, como en la fase final de la desintoxicación. Haynes en 1979 (en Weiss, 2004), había definido la adherencia como el grado en que la conducta del paciente se corresponde con el asesoramiento médico o sanitario. Weiss (2004), en una revisión sobre la adhesión terapéutica aconsejaba intervenciones con atención individualizada, manejo de contingencias, apoyo familiar y ajuste de la dosificación a las actividades cotidianas del paciente y en el estudio que llevó a cabo con pacientes diagnosticados de adicción a opiáceos y alcohol, mencionaba la asociación entre la adhesión y la relación terapeuta-paciente o la aceptación de la enfermedad. Ladero, en varios estudios con población española drogodependiente en TMM (Ladero, 2007; Ladero *et al.*, 2005, 2010), analizó la adhesión al tratamiento farmacológico con antirretrovirales en pacientes con VIH-SIDA (+) y lo relacionó con variables emocionales (ansiedad, depresión, estrés percibido), competencias (autoeficacia, esfuerzo, apoyo) y con ajustes al tratamiento de mantenimiento con metadona (frecuencia de asistencia al centro de tratamiento).

En nuestro estudio, no se encontraron relaciones significativas de la variable adhesión al tratamiento durante el TMM con variables emocionales (ansiedad, depresión o estrés per-

cibido). Sí se observó una relación significativa con la variable competencial de afrontamiento-tarea ($r_{xy} = 0,34$; $p = 0,004$) y con algunas variables características del TMM, como son el uso frecuente del servicio de dispensación (*Chi-cuadrado* = 3,95; $p = 0,05$), el consumo habitual de heroína durante el TMM (*Chi-cuadrado* = 8,38; $p = 0,004$) y la valoración de inconvenientes para continuar con metadona vs. la desintoxicación (*Chi-cuadrado* = 6,28; $p = 0,04$); estas dos últimas como factores interferidores de la adherencia terapéutica. Los pacientes no consumidores habituales de heroína y que vieron menos inconvenientes en continuar con metadona, fueron más adherentes que los que percibieron más inconvenientes en continuar con el tratamiento sustitutivo. En este sentido, se desestimó la posibilidad de que el TMM resultara de algún modo incómodo para los pacientes y ello supusiera un factor motivacional para la desintoxicación. La frecuencia de asistencia al centro, que en nuestro estudio se valoró mediante la frecuencia de uso de los diferentes servicios disponibles, sólo obtuvo una relación significativa con la variable de adhesión al TMM en cuanto al mencionado servicio de dispensación de metadona, no ocurrió lo mismo con la frecuencia de uso del servicio médico/enfermería (*Chi-cuadrado* = 2,789; $p = 0,10$), el uso del servicio psicológico durante el TMM (*Chi-cuadrado* = 0,92; $p = 0,34$), el del servicio de atención social en TMM (*Chi-cuadrado* = 1,56; $p = 0,21$) o laboral también durante el TMM (*Chi-cuadrado* = 1,41; $p = 0,24$).

La adherencia durante el TMM estuvo asociada en nuestro estudio con variables propias del proceso de desintoxicación y los procedimientos empleados en dicha intervención: el acuerdo en la prescripción entre equipo terapéutico y paciente para proceder a la retirada de metadona ($r_{xy} = 0,32$; $p = 0,005$) y la adherencia durante el proceso de la desintoxicación ($r_{xy} = 0,89$; $p = 0,000$). La asociación de la adherencia durante la desintoxicación con el resto de variables exploradas fue similar a la de la variable durante el TMM: afrontamiento tarea ($r_{xy} = 0,31$; $p = 0,007$); frecuencia de uso del servicio de dispensación (*Chi-cuadrado* = 8,16; $p = 0,004$), consumo habitual de heroína durante el TMM (*Chi-cuadrado* = 5,01; $p = 0,025$) y la valoración de inconvenientes para continuar con metadona vs. la desintoxicación (*Chi-cuadrado* = 7,55; $p = 0,02$) y sin relación con el resto. Ello hace pensar en una consistencia adecuada en la medida de la variable, aunque podría resultar clarificador el empleo de instrumentos de medida más objetivos que la sola valoración de los profesionales responsables de los tratamientos.

Además de las variables comentadas dentro de esta primera categoría y en relación a la pertinencia de la intervención, el estudio actual coincidió con el total de los trabajos revisados en desestimar cualquier relación entre las variables demográficas (edad, sexo, estado civil) y los resultados de la retirada de metadona. Como en nuestro caso, en los estudios anteriores tampoco aparecían relacionadas con dicha intervención variables clínicas relativas al tiempo de adicción a heroína o a la prevalencia de patologías biomédicas (de las que apenas se daban referencias). La patología dual era en la mayoría de los trabajos un criterio de exclusión de participantes en los estudios.

Por último, no se pudo establecer la relación entre el éxito en la retirada de metadona y la adicción a benzodiazepinas en el momento de iniciar la desintoxicación; los pacientes que tomaban estos psicofármacos y lograron llegar a dosis cero presentaron puntuaciones medias en la Escala de Severidad de Adicción a Benzodiazepinas (SDS) (Media= 3,89; DT= 2,26; $d = -0,51$), inferiores a las de los pacientes que interrumpieron la desintoxicación (Media= 5,58; DT= 3,67), pero la diferencia no fue significativa ($t(26) = 1,27$; $p = 0,22$; $d = -0,51$), aunque el tamaño del efecto muestra un valor moderado. Curiosamente, en el post-tratamiento, los pacientes que mantuvieron la abstinencia durante el seguimiento dieron puntuaciones más altas en la SDS (Media= 4,33; DT= 2,66) que los que recayeron (Media= 2,50; DT= 0,71). Si bien la diferencia tampoco llegó a la significación estadística ($t(26) = 1,27$; $p = 0,22$; $d = 0,75$), la potencia del efecto mostró un valor elevado, por lo que debería replicarse el análisis con muestras más numerosas para estar seguros de los resultados. La posibilidad de que los pacientes en seguimiento tras la desintoxicación puedan llegar a adquirir una adicción a benzodiazepinas, aun manteniendo la abstinencia a opiáceos en los primeros meses sin metadona, debe ser motivo de preocupación y plantea una nueva línea de investigación de importante interés para la salud. Se deben tener en cuenta para esta hipótesis dos datos obtenidos en el presente estudio: el primero respecto al incremento del consumo de benzodiazepinas durante la desintoxicación (el 38% del total de participantes tomaba estos psicofármacos al final del TMM y el 56% los tomaba durante el proceso de retirada de metadona); el segundo y en coherencia con el anterior, la proporción de prescripción de benzodiazepinas como tratamientos farmacológicos complementarios a la reducción gradual de dosis de metadona para su desintoxicación (12 casos de 23).

Esta variable no se encontró reseñada en ninguno de los estudios revisados sobre objetivos de investigación centrados en la efectividad en la retirada de metadona, pero resultaba de interés por los datos obtenidos en los trabajos preliminares al estudio actual (Carreras y Carrobles, 2001, 2004), que la relacionaban con peores estados afectivos en los pacientes en TMM y con peor calidad de vida; y también por las conclusiones obtenidas en trabajos de otros autores con población drogodependiente en tratamiento (Busto, 2002; Fernández-Sobrino *et al.*, 2009), informando de la elevada prevalencia de consumo y de los riesgos de abuso y dependencia que conllevan, en especial cuando se trata de pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona (Chen *et al.*, 2011).

b) Entre las variables con significación estadística mostradas en estudios previos sobre la efectividad en la retirada de metadona, que no obtuvieron el mismo resultado en el estudio actual, destacamos en primer lugar aquellas consideradas relevantes para los objetivos de rehabilitación social: la abstinencia a drogas y un estilo de vida alejado de la cultura de las drogas, que podría caracterizarse por tener trabajo, convivir en un núcleo familiar estable y no presentar incidencias legales en el momento de la evaluación previa a la desintoxicación. En segundo lugar nos referimos a las variables que informaban sobre al nivel de competencias de los pacientes inmediatamente antes de iniciar el proceso de desintoxicación y que tampoco consiguieron resultados con significación estadística en nuestro estudio. Por último realizamos una valoración acerca del temor a la desintoxicación como posible estado emocional relacionado con los resultados de la intervención.

- Cushman (1981), expresó la opinión de que tener trabajo favorecía la motivación para la desintoxicación, aunque no estuviera asociada a los resultados satisfactorios de realizarla.
- Latowsky (1996), en la revisión sobre los procedimientos de retirada de metadona llegó entre otras conclusiones, a que se debía valorar el haber obtenido un beneficio significativo del TMM; es decir, haber logrado niveles importantes en la rehabilitación como una estabilidad vocacional y social, la abstinencia prolongada del consumo de drogas y el mantenimiento de un estilo de vida alejado de la cultura de las drogas.

- Stimmel y Rabin (1974), en un estudio de seguimiento a 168 personas desintoxicadas de metadona durante 47 meses, informaron de que el 61% se mantenía abstinente y lo relacionaban con el criterio adoptado por el equipo terapéutico de haber recibido los beneficios máximos del TMM en cuanto a los objetivos de rehabilitación social, para iniciar la reducción de la dosis de metadona.

Para el análisis de los datos sociales en el estudio actual, se recodificaron algunas variables en una nueva que definiera el estilo de vida mantenido por los pacientes en el momento de iniciar la desintoxicación, con el fin de observar su relación con los resultados de la retirada de metadona, que no mostró relación significativa con el resultado de la desintoxicación (t' (54,34)= -0,54; p = 0,59; d = 0,14), ni con el del post-tratamiento (t (27)= -0,74; p = 0,47; d = -0,31). En la evaluación no se obtuvieron datos sobre actividades de ocio y tiempo libre o núcleos de relación social alternativos a los vinculados a la cultura y el ambiente de consumo de drogas; únicamente se consideraron las variables de convivencia familiar y reinserción social (trabajo, ingresos e incidencias legales) y la abstinencia a heroína y cocaína en los últimos meses del TMM, por lo que en este sentido nuestros resultados podrían no ser del todo comparables con los expresados en los estudios anteriores.

En cuanto a las variables competenciales, la única referencia encontrada sobre la relación de estas variables con los resultados de la retirada de metadona fue el estudio de Reilly *et al.* (1995) y la referencia al trabajo de Rosenbaum (1991), en el meta-análisis llevado a cabo por Latowsky (1996), sobre la necesidad de ofrecer entrenamiento a los pacientes desintoxicados para adquirir habilidades que les permitan afrontar con capacidad suficiente el riesgo de recaídas

- Reilly, Sees, Shopshire *et al.* (1995), llevaron a cabo un estudio con 74 pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona que se encontraban realizando un protocolo de desintoxicación. Compararon puntuaciones en *autoeficacia* medida mensualmente con el *Drug Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ; Annis y Martin, 1985). Las mediciones se efectuaron en estos y en otros pacientes de TMM que se encontraban en otras fases del tratamiento: la de inducción de la primera dosis de

metadona y la fase de estabilización. La autoeficacia estaba definida como la confianza de las personas en sus propias habilidades para evitar el consumo de opiáceos en situaciones de riesgo. El estudio se prolongó a lo largo de 180 meses y los resultados indicaron que el nivel de autoeficacia aumentaba progresivamente desde el inicio del TMM y lo seguía haciendo durante la fase de estabilización hasta el periodo inmediatamente anterior al inicio de reducción de la dosis de metadona, una vez que se ponía en marcha el protocolo de desintoxicación. A partir del inicio de esta última fase, el nivel de autoeficacia descendía a los niveles de los primeros meses de estabilización de dosis de metadona. La evolución e involución en el nivel de autoeficacia se correspondía con la proporción de resultados positivos en los controles toxicológicos de consumo de opiáceos durante la desintoxicación.

En el estudio actual, el conjunto de variables competenciales exploradas no mostraron estar asociadas al logro de dosis cero. La mayoría de estas variables ofrecieron resultados inestables en relación a la desintoxicación, con puntuaciones medias más altas entre los pacientes que interrumpieron la desintoxicación que entre los que llegaron a dosis cero de metadona. Se pudieron observar algunas excepciones en la variable de autoestima ($t(73) = -0,25$; $p = 0,80$; $d = 0,06$); afrontamiento-emoción ($t(73) = 1,04$; $p = 0,30$; $d = 0,38$), afrontamiento-apoyo ($t(73) = -1,54$; $p = 0,13$; $d = 0,36$) y autocontrol ($t(73) = -1,31$; $p = 0,19$; $d = 0,31$), pero sin lograr la significación estadística en ninguna de ellas. Durante el post-tratamiento se apreciaron en general mayores niveles competenciales entre los participantes que se mantuvieron abstinentes que entre los que recayeron, según lo esperado, en autoestima ($t(29) = 0,57$; $p = 0,57$; $d = 0,24$); locus de control ($t(29) = 1,33$; $p = 0,20$; $d = 0,55$); afrontamiento-emoción ($t(29) = 0,67$; $p = 0,51$; $d = 0,28$) y principalmente en autocontrol ($t(29) = 1,78$; $p = 0,09$; $d = 0,74$). Aunque en este caso las diferencias observadas tampoco fueron significativas, cabe señalar el tamaño del efecto en el caso del locus de control y especialmente en la variable de autocontrol. Los datos sugieren que en un estudio de seguimiento con una muestra de participantes mayor, el resultado en la evolución post-tratamiento pudiera mostrar diferencias significativas entre los pacientes capaces de mantener la abstinencia y los que no. Estas variables representan un importante interés teórico, ya que resultados como los encontrados en el estudio de Reilly

podrían ser interpretados en el sentido de la *capacidad funcional* definida en el modelo psicológico de salud de Ribes (1990). Es decir, el nivel competencial adquirido por las personas en una situación determinada (sustitutivo opiáceo), puede no resultar efectivo en una nueva situación (abstinencia a opiáceos), lo que requeriría la adquisición de competencias específicas a niveles de aptitud más efectivos. Ello apunta la posibilidad de abrir una línea de investigación novedosa basada en estos planteamientos.

Por último, una de las variables considerada de relevancia para varios autores dentro del grupo de variables emocionales y sin resultados significativos en relación a la retirada de metadona en nuestro estudio, fue el miedo o temor a la desintoxicación

- Gentile y Milby (1992), Milby, Hohmann, Gentile, *et al.* (1994), describieron, la “fobia a la desintoxicación” como una alteración emocional predictora del fracaso en la desintoxicación de metadona. Los autores detectaron a través de entrevistas clínicas un miedo patológico a la desintoxicación entre el 22% y el 35% de los pacientes de 3 muestras en TMM. Datos relativos a 105 de esos pacientes en seguimiento, 6 años después de la evaluación del miedo a la desintoxicación, mostraron que los pacientes con miedo tuvieron menos éxito en la retirada de metadona que los pacientes que no lo tuvieron.

Aunque en nuestro estudio, la variable evaluada a través del autoinforme como “temor a la desintoxicación”, no reflejó estar asociada a ninguno de los dos momentos observados en la retirada de metadona, la desintoxicación ($\chi^2=1,46$; $p=0,23$) y la evolución post-tratamiento ($\chi^2=0,07$; $p=0,79$), se podría tener en cuenta que los autores de estos estudios la relacionaron con otras alteraciones emocionales como la ansiedad y el estrés post-traumático; alteraciones que pudieran compararse con la ansiedad ($t(73)=2,10$; $p=0,04$; $d=-0,49$) y el estrés percibido ($t(73)=3,20$; $p=0,002$; $d=-0,75$), exploradas en los participantes del estudio actual y con resultados significativos en su relación con la desintoxicación de metadona. Estas dos variables sin embargo no mostraron relación con la de temor a la desintoxicación.

Las frecuencias observadas en el temor a la desintoxicación indicaron que esta alteración se había presentado de forma leve o moderada en un 52% de los pacientes y de forma intensa en un 16%; para el 32%, la desintoxicación no había supuesto ningún temor. El procedimiento de obtención de este dato en nuestro estudio fue el de la encuesta heteroaplicada incluida en el autoinforme, diferente del utilizado por Gentile y Milby (1992) y Milby *et al.* (1994), que emplearon la escala de miedo al tratamiento DFSS-14. En el análisis factorial de dicho instrumento, los autores identificaron dos factores, el miedo a la recaída, que explicaba el mayor porcentaje de la varianza y el miedo al síndrome de abstinencia a opiáceos (SAO). Entre varias versiones probadas de la escala, la de 27 ítems mostró mejor sensibilidad y logró discriminar correctamente los casos con miedo a la desintoxicación. Sería necesaria su utilización en estudios futuros con población española drogodependiente en TMM en proceso de desintoxicación, para poder determinar con un mayor grado de evidencia la relación de esta variable con la efectividad en la retirada de metadona y su posible asociación con la ansiedad, medida a través del HADS y el estrés percibido, con la PSS.

2) *El procedimiento empleado para la desintoxicación.*

Una segunda categoría de variables, consideradas factores disposicionales para la efectividad en la retirada de metadona, incluyó los tratamientos farmacológicos dispensados durante la desintoxicación y las ratios aplicadas en los procedimientos de reducción gradual de la dosis. En el estudio actual, los tratamientos farmacológicos mostraron estar asociados con el éxito en la desintoxicación ($Chi-cuadrado= 11,94$; $p= 0,001$); los pacientes con tratamientos complementarios lograron en mayor medida finalizar con éxito la desintoxicación. Las ratios de reducción de dosis se relacionaron con el mantenimiento de la abstinencia en el post-tratamiento ($U=41$; $Z= -2,10$; $p= 0,04$); tiempos prolongados de aplicación de los procedimientos para la desintoxicación y bajadas paulatinas de las dosis de metadona, se asociaron con una mayor probabilidad de mantener la abstinencia hasta 6 meses después de lograr la dosis cero de metadona.

Estos resultados fueron coincidentes con los obtenidos en otros estudios:

- Cushman (1974, 1981), informó de ratios bajas en la reducción de dosis y de tiempos prolongados en la desintoxicación, como dos factores asociados al mantenimiento de la abstinencia durante el post-tratamiento. Basándose en estos resultados, aconsejó prolongar la duración de las desintoxicaciones terapéuticas entre 14 y 16 meses.
- Tennant y Shannon (1978), propusieron procedimientos farmacológicos de apoyo a la desintoxicación. En un estudio doble ciego compararon los resultados en la retirada de metadona durante 42 días en tres grupos, uno con procedimientos convencionales de reducción gradual de dosis; el segundo pautando las dosis de metadona cada 12 horas en lugar de cada 24 y un tercero con reducción gradual administrada cada 24 horas pero complementando el proceso con *propoxifeno napsylate* (agonista opiáceo). Sus conclusiones fueron que tanto la partición de la dosis como el apoyo farmacológico conseguían mejores resultados que la simple disminución de dosis en una sola toma diaria.
- Kanoff, Aronson y Ness (1993), propusieron el uso de antidepresivos para la prevención o el tratamiento del *síndrome orgánico del estado de ánimo* asociado a la desintoxicación de metadona. En particular aconsejaban la administración de antidepresivos antes de iniciar la desintoxicación para comprobar si se podía reducir el nivel de estrés afectivo que emergía durante el proceso de retirada de metadona y así mejorar el porcentaje de éxitos terapéuticos en los protocolos de desintoxicación. Los autores encontraron una relación significativa entre las características del SAO en la desintoxicación de metadona con el denominado síndrome orgánico del estado de ánimo (*Organic Mood Syndrome*). En un estudio de seguimiento durante 3 años midieron los cambios experimentados por los pacientes en su estado de ánimo usando la *Escala de Estados de Ánimo* (POMS), diseñada por ellos mismos; observaron que los síntomas disfóricos eran de gran intensidad entre los pacientes que fracasaban en la desintoxicación, aunque la sintomatología objetiva del SAO era leve. El cuadro clínico dominante consistía en disforia, fatiga, inquietud, insomnio y bajo apetito. Muchos de estos pacientes, según los autores, podrían haber cumplido criterios de trastorno depresivo mayor (DSM-III-R), si no hubiera sido por la desaparición de la sintomatología al retomar la dosis suficiente de metadona. La intensidad

de los síntomas de disforia aparecidos estuvo relacionada significativamente con los síntomas subjetivos del SAO.

En el estudio actual no se encontró una relación significativa entre la alteración de los estados afectivos (ansiedad, estrés percibido, depresión o insomnio) que presentaron los pacientes antes de iniciar la retirada de metadona y la aparición de la sintomatología de abstinencia en la última fase de la desintoxicación. Estas variables eran semejantes a algunos de los síntomas de disforia descritos por Kanoff *et al.* (1993), lo que confirmaría la interpretación de los autores de formar parte de la sintomatología de abstinencia y no corresponderse con algún tipo de trastorno previo.

Nuestros datos indicaron que 23 participantes (24,8%), recibieron algún tratamiento farmacológico complementario al procedimiento de reducción de dosis durante la desintoxicación de metadona. A 16 pacientes se les prescribieron psicofármacos. Benzodiacepinas (12 casos), solas (7 casos) o junto con antidepresivos, antipsicóticos, antiepilépticos, o una combinación de varios de esos psicofármacos (5 casos). En 3 pacientes se pautaron antidepresivos, antipsicóticos y/o antiepilépticos, pero no benzodiacepinas. El motivo principal para la prescripción estuvo relacionado con la sintomatología de abstinencia a opiáceos, principalmente ansiedad, depresión e insomnio. En 2 casos la prescripción no contemplaba psicofármacos (sí antirretrovirales); de los 5 restantes, no se especificó la medicación pautada.

La sintomatología de abstinencia se presentó entre los participantes del estudio que estaban desintoxicándose con una frecuencia importante, sobre todo en la fase intermedia del proceso, cuando la dosis se había reducido entre 50 y 25 mg/día. La cantidad de síntomas fue disminuyendo a medida que la dosis descendía por debajo de los 25 mg/día. En otros estudios, se había determinado la aparición más frecuente de síntomas de abstinencia a metadona por debajo de los 20 mg/día (Cushman, 1981; Tennant y Shannon, 1978).

En nuestro estudio, los pacientes que llegaron al final de la desintoxicación, presentaron mayor número de síntomas que los que la interrumpieron ($t(73) = -2,63$; $p = 0,01$; $d = 0,62$). También los pacientes que recibieron tratamientos farmacológicos complementarios llegaron a dosis cero en mayor medida que los que no los recibieron ($\text{Chi-cuadrado} = 11,94$; $p = 0,001$), sin embargo, ambas variables, tratamientos farmacológicos coadyuvantes y presen-

cia de síntomas de abstinencia, no mostraron relación entre sí en la fase final ($r_{xy}= 0,19$; $p= 0,08$) y tampoco en la fase intermedia de la reducción gradual de dosis ($r_{xy}= 0,06$; $p= 0,61$).

Una consideración al respecto es que la variable relativa a la sintomatología de abstinencia fue medida según el número de síntomas presentes, pero no se registró la intensidad de dicha sintomatología debido a la dificultad que ello suponía para el diseño del estudio. Podría ocurrir que el apoyo farmacológico estuviera relacionado con esta otra variable, la intensidad de los síntomas y no con su frecuencia en las fases finales de la desintoxicación.

Por otra parte, la sintomatología de abstinencia mostró estar relacionada negativamente con la duración de la desintoxicación, es decir, una menor duración del procedimiento de reducción de dosis estaba asociada a un mayor número de síntomas en la fase final de la desintoxicación. El dato es coherente con otros resultados que relacionaban el logro de dosis cero con la mayor duración del proceso de desintoxicación (Cushman, 1981). Ello podría interpretarse en el sentido de que las desintoxicaciones más rápidas de metadona pueden provocar mayor número de síntomas de abstinencia y dificultar la posibilidad de llegar a dosis cero. Cuando el periodo de desintoxicación se prolonga por más tiempo y además los pacientes reciben tratamientos farmacológicos de apoyo, el SAO, aunque pueda estar presente en la fase final (< 25 mg/día), no interfiere en el resultado y la posibilidad de finalizar la desintoxicación con éxito, es mayor.

Los síntomas de abstinencia en la fase final de la desintoxicación de metadona estaban asociados negativamente al consumo de heroína ($r_{xy}= -0,26$; $p= 0,02$) y de cocaína ($r_{xy}= -0,23$; $p= 0,007$) entre los participantes en nuestro estudio. Se observó que el consumo de ambas sustancias estaba asociado entre sí ($r_{xy}= 0,076$; $p= 0,00$). El consumo de heroína y/o cocaína durante la intervención para la reducción gradual de la dosis de metadona, también estuvo asociado a los resultados de la desintoxicación, como factor interferidor del éxito en el proceso. Es decir, los pacientes que consumieron una, otra o ambas sustancias durante la desintoxicación, presentaron menos síntomas de abstinencia cuando la reducción de la dosis había bajado de los 25 mg/día y fracasaron en el intento, interrumpiendo la desintoxicación, en mayor medida que los pacientes que no las consumieron, a pesar de que éstos últimos presentaron más síntomas de abstinencia a opiáceos.

No se han encontrado referencias en los estudios revisados, sobre el consumo de drogas durante la desintoxicación, excepto para determinar el fracaso en la intervención, pero sin especificar el tipo de sustancia consumida. Obviamente el consumo de heroína se ha considerado en sí mismo equivalente al fracaso y ha supuesto en todos los casos la interrupción de la intervención; pero el de cocaína no se ha visto señalado como un factor de riesgo. En nuestro estudio, según el Informe de Desintoxicación de Metadona (IDM), protocolo final del instrumento de evaluación empleado, el consumo de cocaína se registró por los facultativos de los centros, como la segunda causa principal de la interrupción del consumo, después de la sintomatología de abstinencia y del propio consumo de heroína.

3) *La disponibilidad de servicios:*

Esta tercera y última categoría de las variables asociadas a la efectividad en la retirada de metadona, incluyó los servicios complementarios al servicio médico y de dispensación en los tratamientos de mantenimiento con metadona (servicio psicológico, de atención social y de orientación laboral) y la frecuencia de uso que los pacientes del estudio hicieron de ellos, tanto durante el TMM como durante el proceso de retirada de metadona (en el momento 1 de la desintoxicación y en momento 2 de la evolución en el post-tratamiento).

El servicio psicológico (*Chi-cuadrado*= 5,55; *p*= 0,02) y el de orientación laboral (*Chi-cuadrado*= 4,23; *p*= 0,04) utilizados a lo largo del TMM, se asociaron a los buenos resultados en la desintoxicación. La frecuencia de uso del servicio laboral estuvo asociada con el logro de dosis cero (*Chi-cuadrado*= 7,31; *p*= 0,03), mientras que la frecuencia de uso del servicio de trabajo social durante el TMM mostró relación con el mantenimiento de la abstinencia en el post-tratamiento (*Chi-cuadrado*= 8,30; *p*= 0,04). Este mismo servicio de trabajo social, realizado durante el tiempo que duró la desintoxicación, estuvo asociado con el logro de dosis cero (*Chi-cuadrado*= 6,98; *p*= 0,008); y la atención psicológica individual, también durante el periodo de reducción de dosis, se relacionó con el mantenimiento de la abstinencia en el periodo de post-tratamiento (*Chi-cuadrado*= 4,07; *p*= 0,04).

Las referencias en la literatura revisada mostraron coincidencias de estos resultados con los señalados por diversos autores, que vieron necesaria la atención individual, complemen-

taria a la biomédica, en los aspectos relacionados con los factores emocionales (Gentile y Milby, 1992; Kanoff *et al.*, 1993; Milby *et al.*, 1994) y con el desarrollo de habilidades y medios para ampliar las oportunidades de salir del mundo de las drogas (Reilly *et al.*, 1995; Rosenbaum, 1991. En Latowsky, 1996/1998).

- Gentile y Milby, (1992); Milby *et al.*, (1994), obtuvieron resultados que permitían afirmar la importancia de la psicoterapia durante la desintoxicación para tratar sintomatología similar a los aspectos subjetivos del síndrome de abstinencia a metadona (ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio...) y sugirieron que un esfuerzo sistemático para diagnosticar y tratar estos síntomas denominados por ellos mismos “fobia a la desintoxicación”, podía mejorar los resultados de los tratamientos. Los mismos autores consideraban necesaria la concurrencia de servicios interdisciplinarios (psicológicos, fisiológicos, farmacológicos, sociales y económicos) para incrementar las posibilidades de éxito en la desintoxicación de metadona y mantener a largo plazo un estilo de vida libre de drogas. Según el estudio desarrollado por estos autores, el miedo a la desintoxicación se encontraba asociado por un lado a la aparición de síntomas de abstinencia y por otro a las recaídas post-tratamiento, en el sentido de baja percepción de competencias necesarias para mantener la abstinencia por parte de los pacientes. El entrenamiento en habilidades de afrontamiento emocional y de competencias que facilitaran la reinserción social, podría reducir los síntomas del SAO y la frecuencia de recaídas después de la desintoxicación.
- Wermuth y Brummet (1987), describieron un *síndrome post-metadona* caracterizado por mayor vulnerabilidad, alteraciones del estado de ánimo y trastornos cognitivos durante un periodo de más de seis meses tras la desintoxicación. Lo relacionaban con la *fobia a la desintoxicación* planteada por Milby *et al.* (1986). Los autores desarrollaron un programa de entrenamiento o preparación para la reducción de dosis de metadona (*The Tapering Network Project*), en el que entrenaban a los pacientes en habilidades y estrategias para la desintoxicación. El equipo terapéutico estaba formado por un trabajador social, un psicólogo y dos paraprofesionales (ex-heroinómanos rehabilitados). Las intervenciones consistían en terapia individual, consejo entre iguales, grupos de psicoeducación, entrenamiento en habilidades de

prevención de recaídas, actividades planificadas y acceso a servicios auxiliares. Incluyeron en el programa a 57 pacientes, a los que aplicaron un cuestionario de evaluación (*The Tapering Readiness Inventory*). De los 57 pacientes inicialmente interesados en retirar la metadona, 33 no quisieron participar después de ser evaluados; de los 24 restantes, 5 recibieron solo consejo individual (sólo 2 completaron la desintoxicación. Uno de ellos tuvo después una recaída, y el otro se mantenía abstinente al finalizar el estudio). De los 19 pacientes que participaron en el programa completo (psicoterapia individual, grupos de psicoeducación y acceso a servicios normalizados), 16 lograron la dosis cero de metadona; 9 de ellos se mantenían abstinentes de heroína y 7 recayeron antes del final del estudio. Los 9 pacientes abstinentes al finalizar el estudio lograron mantener su abstinencia por periodos entre 3 y 22 meses; estos pacientes no requirieron medicación para la ansiedad, el insomnio o los dolores musculares.

- Stimmel y Rabin (1974), propusieron para el tratamiento de la ansiedad, asociada a las recaídas después de finalizar la desintoxicación, una fase de cuidados post-tratamiento que contemplaba la oferta de servicios de *consejo*, terapia de grupo, y acceso a todos los demás servicios disponibles en el centro de tratamiento por un periodo indefinido de tiempo y en la que interviniera todo el equipo terapéutico, al igual que en la fase de desintoxicación hasta llegar a dosis cero.

Como se puede observar, la mayoría de propuestas de intervención psicoterapéutica iban destinadas al tratamiento de la sintomatología de abstinencia que los pacientes presentaban en la fase final de la desintoxicación. En nuestro estudio, presentaron menos síntomas de abstinencia a opiáceos durante la fase final de desintoxicación los pacientes que dispusieron de servicios de psicología ($r_{xy} = -0,25$; $p = 0,03$) y de orientación laboral ($r_{xy} = -0,27$; $p = 0,02$) en los tratamientos sustitutivos; es decir, cuando la atención psicológica y de orientación laboral estuvo disponible en los centros durante todo el tratamiento de mantenimiento con metadona. Por otra parte, se observó que la presencia de más sintomatología en dosis inferiores a 25 mg/día estaba asociada con la atención psicológica individual durante la intervención para la desintoxicación de metadona ($r_{xy} = -0,31$; $p = 0,006$), lo que puede tener que ver

con las características particulares del síndrome en su fase final, cuyos síntomas más frecuentes son la ansiedad, la irritabilidad y el insomnio. Debe tenerse en cuenta que la presencia de síntomas del SAO estuvo asociada con el éxito en la desintoxicación, por lo que la atención psicológica individual que recibieron durante ese periodo podría considerarse de especial relevancia.

En cualquier caso, la relación significativa entre atención psicológica individual y efectividad en la retirada de metadona se produjo para el momento 2, en la prevención de recaídas durante el post-tratamiento. Cabe recordar que la sintomatología de disforia descrita en el síndrome orgánico de estado de ánimo (Kanoff et al., 1993) y el síndrome post-metadona (Wermuth y Brummet, 1987), se caracterizaba por su permanencia a lo largo del tiempo y se relacionaba con una mayor prevalencia de recaídas durante los meses siguientes a la dosis cero de metadona.

Además de los factores emocionales, la necesidad del entrenamiento en habilidades de autoeficacia se señaló en el estudio de Reilly, *et al.* (1995), relacionándolo con el éxito en los resultados, en consonancia con lo expresado por Gentile y Milby (1992), respecto a la prevención de recaídas durante el post-tratamiento. Latowsky (1996) en el meta-análisis realizado sobre factores asociados a la efectividad en la retirada de metadona, mencionaba los trabajos de Rosembaum (1991. En Latowsky, 1996), en el entrenamiento de habilidades de autocontrol.

En la *Tabla 105* se muestra un resumen comparativo de los resultados obtenidos en el estudio actual con los de estudios anteriores, respecto a las variables exploradas relacionadas con la efectividad en la retirada de metadona.

Tabla 105. Comparación con variables de otros estudios asociadas a la efectividad en la retirada de metadona. Coincidentes, no coincidentes y sin referencias previas respecto a los resultados del estudio.

COINCIDENTES		NO COINCIDENTES		SIN REFERENCIAS PREVIAS	
Pertinencia de la intervención	Variables	Autores	Variables	Autores	Estudio actual
	Estados afectivos: ansiedad	Latowsky, 1996; Stimmel y Rabin, 1974	Rehabilitación: Estilo de vida + Abstinencia	Cushman, 1974, 1981 Latowsky, 1996 Stimmel y Rabin, 1974 Tennant y Shannon, 1978	Estrés percibido
	Evaluación interdisciplinar previa	Latowsky, 1996	Competencias: Autoeficacia Autocontrol	Reilly, 1995 Rosenbaum, 1991	Adherencia en TMM
	Acuerdo equipo-paciente en la de la desintoxicación	Cushman, 1974, 1981; Latowsky, 1996; Stimmel y Rabin, 1974	Temor a la desintoxicación	Gentile y Milby, 1992 Milby <i>et al.</i> , 1994	
	Tiempo de permanencia en TMM < 3 años	Cushman, 1974, 1981; Latowsky, 1996; Milby <i>et al.</i> ,1994 Stimmel y Rabin, 1974			
Procedimiento de desintoxicación	Dosis inicial <45 mg/día	Gossop <i>et al.</i> , 2001			Adherencia en DX
	Tratamientos farmacológicos coadyuvantes	Kanoff <i>et al.</i> ,1993; Tennant y Shannon, 1978	Síndrome de estado de ánimo (SAO)	Kanoff <i>et al.</i> , 1993	Abstinencia a (heroína) cocaína durante DX
	Ritmos lentos en la reducción: Ratios y duración DX	Cushman, 1974, 1981; Gossop <i>et al.</i> , 2001	Síndrome post-metadona	Wermuth y Brummet, 1987	
Disponibilidad de servicios	Servicios de atención psicológica y social en Centros TMM	Gentile y Milby, 1992; Milby <i>et al.</i> , 1994			
	Atención psicológica /social individual durante DX	Kanoff <i>et al.</i> ,1993; Stimmel y Rabin, 1974; Wermuth y Brummet, 1987			

h) Variables predictoras del logro de dosis cero.

Además de la simple asociación entre variables, la aplicación del método de análisis de regresión logística permitió establecer relaciones de causa-efecto entre las variables estudiadas: el conjunto de variables del estudio fueron consideradas variables independientes y el logro de dosis cero, variable dependiente. El análisis no se realizó con la variable dependiente en el momento 2 de la observación, la abstinencia/recaída durante el post-tratamiento, por no contar con un grupo suficiente de participantes bajo estas condiciones.

El análisis multivariante realizado, con un primer nivel de análisis por categorías de variables y posteriormente un análisis global del conjunto de variables significativas en las exploraciones parciales, mostró los siguientes resultados que sometemos a discusión:

1) Cuando en la ecuación logística se introdujeron únicamente las variables relativas a las personas, la variable que adquirió valor predictivo fue el **estrés percibido** por los participantes en el momento de iniciar el proceso de retirada de metadona, medido a través de la escala de estrés percibido en su versión de 10 ítems (PSS. Cohen *et al.*, 1983). El estrés representó un factor de riesgo para la efectividad del logro de dosis cero (OR= 0,91). Niveles altos de estrés interpretados por las puntuaciones altas en la PSS-10, reducirían en 0,91 veces las ventajas de los pacientes para llegar a dosis cero y tener éxito en la desintoxicación.

Otras variables relativas a estados afectivos (ansiedad, depresión, insomnio) no adquirieron valor predictivo, aunque todas ellas mostraron una relación significativa con el estrés percibido. La *ansiedad* medida con la escala correspondiente del HAD mostró una correlación elevada con las puntuaciones de la PSS-10 ($r_{xy}= 0,72$; $p= 0,00$). Las puntuaciones en la subescala de *depresión* del mismo cuestionario no estuvieron asociadas al logro de dosis cero, aunque si se relacionaron significativamente con las puntuaciones de estrés percibido ($r_{xy}= 0,67$; $p= 0,00$). Algo similar ocurrió con el *insomnio*: puntuaciones altas en la Escala de Problemas de Sueño (EPS. Carreras y Carroble, 2004) estuvieron asociadas a puntuaciones altas en estrés percibido ($r_{xy}= 0,53$; $p= 0,00$), pero no con la variable dependiente de logro de dosis cero.

En el conjunto de variables exploradas, el estrés percibido explicó sólo el 16,4% de la variabilidad de los datos ($R^2 = 0,16$). La variable por sí sola no tendría suficiente valor predictivo de la efectividad en el resultado de la desintoxicación de metadona al no disponer de un poder de clasificación de los participantes lo suficientemente potente (ABC= 0,60; IC 95% : 0,58 a 0,82).

2) Cuando las variables introducidas en el modelo de regresión logística fueron sólo las relativas a las características del tratamiento de mantenimiento de metadona que seguían los pacientes, las que adquirieron valor predictivo del resultado de la desintoxicación fueron los **años de permanencia en el TMM** y la **frecuencia de uso del servicio psicológico** que hacían los pacientes durante ese periodo. Cuanto más prolongada era la permanencia de los pacientes en el TMM, mayor riesgo tenían de fracasar en el proceso de retirada de metadona para llegar a dosis cero (OR= 0,83). La utilización frecuente durante el TMM del servicio de psicología, sin embargo, aumentó las ventajas en relación a la efectividad de la desintoxicación (OR= 3,63).

El tiempo de permanencia en TMM estuvo asociado con la frecuencia de utilización del servicio psicológico durante el tratamiento ($r_{xy} = -0,296$; $p = 0,01$); la relación fue negativa lo que indicaba que los pacientes con más años de permanencia en TMM eran los que utilizaban con menor frecuencia el servicio psicológico. Lo mismo ocurría con el servicio de orientación laboral ($r_{xy} = -0,278$; $p = 0,05$), menos utilizado entre los pacientes con tratamientos de mantenimiento de metadona de larga duración.

El modelo sobre las variables del tratamiento, aunque en mayor proporción que el anterior, tampoco explicó suficientemente la variabilidad de los datos; sólo el 21,4% de la incertidumbre era explicada por este grupo de variables y su poder de clasificación de participantes no era del todo satisfactorio al rozar apenas el 75% de los casos correctamente clasificados en los dos grupos: el de dosis cero y el de interrupción de la desintoxicación (ABC= 0,75; IC 95%: 0,624 a 0,868).

3) El modelo de regresión logística propio de las variables exclusivas del proceso de retirada de metadona señaló como variables predictoras del éxito en la desintoxicación de metadona, el acuerdo entre paciente y equipo terapéutico sobre **la prescripción** de la desintoxicación de metadona (OR= 15,26), la aplicación de **tratamientos farmacológicos coadyuvantes** al procedimiento de reducción gradual de la dosis de metadona (OR= 10,63), la **intervención con trabajo social** durante el tiempo que dura la desintoxicación (OR= 11,72) y la **dosis inicial** de metadona de la que se partía en el momento de proceder a su desintoxicación (OR=0,98). Las tres primeras se mostraron como potentes factores de protección, multiplicando de diez a quince veces las ventajas para que la retirada de metadona fuera efectiva en cuanto al logro de dosis cero. La dosis inicial supuso un factor de riesgo, más alto cuanto mayor fuera la dosis de metadona al principio del proceso de retirada.

- La prescripción de mutuo acuerdo estuvo asociada negativamente con puntuaciones altas en estrés percibido ($r_{xy} = -0,31$; $p = 0,007$) y en ansiedad ($r_{xy} = -0,24$; $p = 0,04$); el resultado mostraba la discrepancia del equipo terapéutico para realizar la desintoxicación cuando en el paciente se observaban problemas de ansiedad o estrés. También estuvo asociada negativamente con el consumo de heroína ($r_{xy} = -0,31$; $p = 0,007$) y/o cocaína ($r_{xy} = -0,39$; $p = 0,001$) durante la desintoxicación, lo cual hace pensar que cuando la desintoxicación de metadona se llevaba a cabo sin el acuerdo previo entre equipo terapéutico y paciente, era más probable que los pacientes consumieran estas drogas durante el proceso de reducción de dosis. De forma positiva el acuerdo en la prescripción estuvo asociado con la adherencia al TMM ($r_{xy} = 0,32$; $p = 0,005$) y con la adherencia al tratamiento durante la desintoxicación ($r_{xy} = 0,33$; $p = 0,005$); ambas variables estaban relacionadas positivamente entre sí ($r_{xy} = 0,89$; $p = 0,00$); y negativamente con el consumo de heroína (AdhTMM: $r_{xy} = -0,27$; $p = 0,02$; Adh DX: $r_{xy} = -0,31$; $p = 0,007$) y cocaína (AdhTMM: $r_{xy} = -0,36$; $p = 0,002$. Adh DX: $r_{xy} = -0,36$; $p = 0,002$). La adherencia al tratamiento apareció como un posible criterio a tener en cuenta para establecer el acuerdo de los facultativos con el paciente en la pertinencia de la prescripción de la desintoxicación; a su vez estaba relacionada con la adherencia a la desintoxicación. También mostró una relación positiva con la atención psicológica individual que recibieron los pacientes durante el proceso de desintoxicación ($r_{xy} = 0,26$; $p = 0,02$); parece que la coincidencia en la opinión para intentar la

retirada de metadona al final de un tratamiento sustitutivo favorecía la demanda (u oferta) de ayuda psicológica durante dicha intervención.

- Los tratamientos farmacológicos coadyuvantes se presentaron asociados a la duración de la desintoxicación ($r_{xy} = 0,23$; $p = 0,04$); el empleo de medicación era más frecuente cuanto mayor era el tiempo empleado en desintoxicar de metadona a los participantes en el estudio. La duración de la desintoxicación no estuvo relacionada con el logro de dosis cero ($t(73) = -1,78$; $p = 0,08$; $d = 0,42$), aunque se dieron diferencias en la media de meses empleados en la desintoxicación de los participantes que llegaron a dosis cero (Media = 9,80; $DT = 7,37$) y de los que interrumpieron la desintoxicación (Media = 6,99; $DT = 6,28$), con un valor moderado del tamaño del efecto.
- El trabajo social como intervención realizada con los pacientes durante el proceso de retirada de metadona, se asoció, al igual que ocurrió con la intervención psicológica individual, con tratamientos de mantenimiento de metadona no demasiado prolongados, los participantes que recibieron este servicio (lo solicitaron o lo aceptaron), fueron los que llevaban menos años en TMM ($r_{xy} = -0,45$; $p = 0,00$). Esta variable estaba asociada a la frecuencia de uso del servicio de orientación laboral durante el TMM ($r_{xy} = 0,32$; $p = 0,03$) y a la intervención psicológica individual durante la desintoxicación de metadona ($r_{xy} = 0,52$; $p = 0,00$). Es decir, el uso de servicios de orientación laboral durante el tiempo que los pacientes realizaron su tratamiento de mantenimiento con metadona, pudo favorecer el empleo del servicio de atención social y el de atención psicológica individual durante la desintoxicación y así aumentar las ventajas para lograr un buen resultado en la intervención.
- La dosis inicial de partida para la desintoxicación estuvo asociada con los años de permanencia en TMM ($r_{xy} = 0,37$; $p = 0,001$), más alta cuanto más tiempo llevaran los pacientes en tratamiento sustitutivo de mantenimiento. También con las ratios de disminución de dosis, más elevadas ($r_{xy} = 0,30$; $p = 0,01$), lo que significaba reducciones más bruscas. Por otro lado, los pacientes que iniciaron la retirada de metadona a dosis altas recibieron en menor medida apoyo psicológico individual durante la desintoxicación ($r_{xy} = -0,23$; $p = 0,04$). En términos generales, la variable estaba asociada con factores desfavorables para

el logro de dosis cero, lo que reforzaba el dato obtenido en la ecuación logística e interpretado como factor de riesgo.

El modelo ajustado a las variables del proceso de retirada explicaba un 62% de la variabilidad de los datos; por sí solo podría haber resultado un buen modelo predictivo ya que clasificó de forma muy satisfactoria a los participantes que lograron la dosis cero y a los que interrumpieron la desintoxicación (ABC= 0,909; IC 95% de 0,84 a 0,98). El intervalo de confianza fue el más estrecho de los tres modelos, lo que indicó una mayor magnitud del efecto.

4) Introduciendo en una única ecuación logística todas las variables predictoras que en el análisis univariante habían logrado significación estadística en relación con la variable dependiente, el resultado obtenido mantuvo el **estrés percibido** como factor de riesgo (OR= 0,79); y el **acuerdo para la prescripción** de la desintoxicación (OR= 35,07), los **tratamientos farmacológicos coadyuvantes** al procedimiento de reducción gradual de dosis (OR= 66,58) y la **intervención con trabajo social** durante la desintoxicación (OR= 51,68) como potentes factores de protección predictores del logro de dosis cero.

El modelo explicó el 63% de la variabilidad de los datos e, introduciendo los cuatro predictores en el análisis final, resultó ser el mejor modelo predictivo de la desintoxicación de metadona al finalizar un tratamiento sustitutivo de mantenimiento, con un poder de clasificación de los participantes muy elevado (ABC= 0,94. IC 95%: 0,89 a 0,98). El intervalo de confianza todavía fue más estrecho que en el caso anterior, lo que incrementó el tamaño del efecto. En este modelo global, las variables del TMM perdieron valor predictivo frente a las específicas del proceso de retirada de metadona, y no aparecieron en la ecuación. Sin embargo, el estrés percibido por los pacientes al inicio de la desintoxicación (variable asociada a los estados afectivos de ansiedad, depresión y alteración del sueño), resistió la potencia de las variables propias del proceso de desintoxicación y siguió formando parte de la ecuación del modelo con mayor poder predictivo.

5) Por último se exploró el modelo global sin encontrar interacciones significativas entre sus predictores. En este modelo final los coeficientes modificaron su magnitud al no compe-

tir con otras variables de menor potencia predictiva, pero mantuvieron sus efectos sobre la variable dependiente de logro de dosis cero; como factor de riesgo el **estrés percibido** (OR= 0,87) y como factores de protección que aumentaban las ventajas de tener éxito en la desintoxicación de metadona, los **tratamientos farmacológicos coadyuvantes** al procedimiento de reducción gradual de la dosis (OR= 23,81), la **intervención con trabajo social** durante la desintoxicación (OR= 12,89) y el acuerdo entre paciente y equipo terapéutico en la **prescripción** para iniciar la retirada de metadona (OR= 12,29).

Los pacientes con mejor pronóstico para llegar a dosis cero en la retirada de metadona fueron aquellos sobre los que hubo acuerdo equipo-paciente para prescribir la desintoxicación de metadona, que habían obtenido puntuaciones bajas en la escala de estrés percibido antes de iniciar la reducción de dosis y a los que durante la desintoxicación se les trató con fármacos de apoyo y con intervención social.

El modelo, con los cuatro predictores señalados, valorado como mejor modelo predictivo del resultado de la desintoxicación de metadona al finalizar un tratamiento sustitutivo, explicó el 60% de la variabilidad de los datos, alcanzó un poder de clasificación de los participantes del 90% (ABC= 0,90. IC 95%: 0,82 a 0,97) y su validez predictiva fue elevada (85,7% de sensibilidad, 78,1 de especificidad).

Tres de las cuatro variables predictoras del éxito en la desintoxicación halladas en nuestra investigación, habían sido planteadas en otros trabajos empíricos. La *Tabla 106* resume los hallazgos informados por otros autores sobre el mismo objeto de estudio: las desintoxicaciones, que suponen el acuerdo entre el equipo terapéutico y el paciente para llevar a cabo el proceso de retirada de metadona; el empleo de medicación, en su mayor parte psicofármacos destinados a paliar la sintomatología leve del SAO (ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio) y la atención social durante la desintoxicación, a menudo acompañada por atención psicológica individual.

Tabla 106. Evidencia empírica anterior sobre las variables predictoras del éxito en la desintoxicación de metadona halladas en nuestro estudio

VARIABLES PREDICTORAS	EVIDENCIA EMPÍRICA
<i>Acuerdo equipo-paciente para la prescripción de la desintoxicación de metadona</i>	Stimmel y Rabin, 1974 Cushman, 1974, 1981 Latowsky, 1996/1998
<i>Tratamientos farmacológicos coadyuvantes a la reducción gradual de dosis de metadona</i>	Forest y Shannon, 1978 Gentile, Milby, et al., 1992 Kanoff et al., 1993
<i>Atención Social durante la desintoxicación</i>	Wermuth y Brummet, 1987 Milby et al., 1994
<i>Estrés percibido por los pacientes antes de iniciar la desintoxicación</i>	

No se encontraron evidencias empíricas anteriores sobre el estrés percibido como variable predictora del resultado de la desintoxicación de metadona. Las referencias encontradas fueron sobre *estados afectivos* (Latowsky, 1996/98), *ansiedad*, *depresión o estrés post-traumático* (Gentile, Milby et al., 1992; Milby et al., 1994), *fobia a la desintoxicación* (Milby, 1986; Wermuth y Brummet., 1987; Milby et al., 1994) o *el síndrome orgánico de estado de ánimo* (Kanoff et al., 1993).

A partir de estos resultados se planteó el interés por analizar la posible relación entre el conjunto de variables exploradas en el estudio y el estrés percibido. El objetivo fue conocer los factores individuales que pudieran estar asociados al estrés durante el tratamiento de mantenimiento con metadona, con el fin de plantear líneas de investigación futura sobre tratamientos psicológicos efectivos en reducir la prevalencia de este factor de riesgo para el logro de dosis cero. En el análisis correlacional se habían encontrado relaciones significativas entre el estrés percibido por los participantes del estudio y otras variables personales evaluadas al inicio de la intervención: ansiedad ($r_{xy} = 0,72$; $p = 0,00$); depresión ($r_{xy} = 0,67$; $p = 0,00$); insomnio ($r_{xy} = 0,53$; $p = 0,00$); autoestima ($r_{xy} = -0,50$; $p = 0,00$); autoeficacia ($r_{xy} = -0,38$; $p = 0,001$); optimismo ($r_{xy} = -0,47$; $p = 0,00$); habilidades sociales ($r_{xy} = -0,24$; $p = 0,03$); afrontamiento-tarea ($r_{xy} = -0,46$; $p = 0,00$); afrontamiento-emoción ($r_{xy} = -0,50$; $p = 0,00$); afrontamiento-apoyo ($r_{xy} = -0,23$; $p = 0,05$); autocontrol ($r_{xy} = -0,66$; $p = 0,00$) y consumo de benzodiacepinas ($r_{xy} = 0,37$; $p = 0,01$). El análisis multivariante podría aportar con suficiente potencia estadística el valor predictivo de algunas de estas variables e informar de su relación con otras no significativas correlacionalmente.

i) Variables predictoras del *estrés percibido*

El estudio sobre factores psicológicos asociados a la efectividad en la retirada de metadona indicó el *estrés percibido* como un importante predictor del logro de dosis cero durante el proceso de la desintoxicación. Fue el único factor identificado de riesgo en el modelo predictivo y era de interés su análisis con el fin de planificar futuras intervenciones orientadas a mejorar las condiciones de los pacientes que vayan a desintoxicarse tras haber finalizado un tratamiento sustitutivo de mantenimiento.

Como ya se ha descrito, esta variable estaba asociada a otros factores psicológicos explorados en los participantes en el estudio en el periodo inmediatamente anterior al inicio de la reducción gradual de dosis de metadona. Un análisis de regresión simple entre el estrés percibido y el resto de las variables personales precisó su relación con estados afectivos (ansiedad, depresión e insomnio); con factores competenciales (autoestima, autoeficacia, optimismo, habilidades sociales, afrontamiento centrado en la emoción, afrontamiento centrado en la tarea, búsqueda de apoyo social y autocontrol); con conductas de consumo de sustancias (cocaína y benzodiazepinas); y con el estilo de vida ajustado (empleo, convivencia con familia, abstinencia a drogas y ausencia de incidencias legales actuales). El análisis multivariante permitió identificar entre todos los factores psicológicos relacionados con el estrés, el conjunto de ellos con valor predictivo.

El estrés percibido se presentó en mayor medida en aquellos pacientes con niveles altos de ansiedad y depresión, con déficits en las competencias de autocontrol y búsqueda de apoyo social y que consumían ansiolíticos, sedantes o pastillas para dormir al inicio de la desintoxicación para la retirada de metadona.

Varios investigadores en la última década han relacionado el estrés con los problemas de adicción. Los trabajos sobre el estrés han mostrado su relación con las alteraciones del estado de ánimo y con la ansiedad, incluido el trastorno de estrés post-traumático y el aumento de riesgo de trastorno por uso de sustancias (Sinha, 2001, 2008; Turner y Lloyd,

2003; Leri *et al.*, 2004; Goeders, 2003, 2004; Back, Gentilin y Brady, 2007; Hyman *et al.*, 2007, 2009; Liao *et al.*, 2011).

Desde modelos neurobiológicos, se han obtenido datos en investigaciones con animales y con humanos indicando que la exposición al estrés incrementa la vulnerabilidad de la adicción y la probabilidad de recaídas (Goeders, 2003, 2004; Sinha, 2008). Lerie *et al.* (2004), sugieren incluso que los sistemas neuronales implicados en las recaídas inducidas por estrés son diferentes a los que median en las recaídas inducidas por estímulos condicionados al uso de drogas.

Otras investigaciones actuales basadas en modelos psicológicos han relacionado el estrés percibido con habilidades de afrontamiento. Entre estas últimas destacamos los trabajos de Hyman *et al.*, (2007; 2009), por la proximidad de sus planteamientos con los objetivos de nuestro estudio al explorar variables psicológicas relacionadas con el estrés. Estos autores comparten con trabajos anteriores la afirmación de que el estrés juega un papel importante en el mantenimiento de la adicción. La exposición repetida a estímulos condicionados al estrés puede prolongar el deseo de consumo (*craving*) e incrementar el riesgo de recaída (Goeders, 2003, 2004; Sinha, 2001, 2008; Turner y Lloyd, 2003; Hyman *et al.*, 2007, 2009). En el estudio de 2007, Hyman y sus colaboradores encontraron diferencias entre el *craving* inducido por estímulos relacionados con el estrés y el inducido por estímulos asociados al uso de drogas. En el primer caso, el deseo de drogas estaba asociado con niveles altos de respuestas de ansiedad, miedo y tristeza, mientras que en el deseo de consumo inducido por estímulos condicionados al uso de drogas este incremento de emociones negativas no se presentaba. En el estudio de 2009, con pacientes opiáceo-dependientes en tratamiento con naltrexona, concluyeron que estos pacientes mostraban niveles más altos de estrés y utilizaban estrategias de afrontamiento menos adaptativas que el grupo control con el que fueron comparados. Evaluaron también el efecto que las estrategias de afrontamiento (*coping*) y el apoyo de redes sociales, tenían sobre la percepción de estrés (medido con la Escala de Estrés Percibido de Cohen *et al.*, 1983). Sus resultados mostraron varios factores asociados al estrés percibido: afrontamiento centrado en el problema, afrontamiento centrado en la emoción, afrontamiento desadaptativo de evitación y apoyo social percibido. Entre los factores relacionados con el estrés los autores determinaron, mediante un procedimiento de re-

gresión logística, el valor predictivo de dos de ellos: el afrontamiento desadaptativo de evitación y el de búsqueda de apoyo social.

Los resultados de nuestro estudio fueron similares en cuanto a la relación observada entre niveles competenciales de los pacientes y estrés percibido, si bien las muestras de participantes (pacientes en tratamiento con naltrexona / pacientes en TMM), las condiciones de tratamiento (inicio del tratamiento / final del tratamiento) y los instrumentos de medida de competencias (COPE. Carver, Scheier y Weintraub, 1983 / VIP. Pedrero *et al.*, 2005) eran diferentes y no han permitido generalizar las conclusiones.

El déficit en autocontrol estuvo asociado a niveles altos de estrés percibido. Este resultado encontrado en nuestro estudio fue similar a los obtenidos en diversas investigaciones. Sinha (2008), en una revisión sobre estos aspectos en población adolescente, señaló que el estrés emocional agudo estaba asociado con un bajo control sobre los impulsos y con la inhabilidad para inhibir conductas inapropiadas, así como para demorar el refuerzo (Tice, Bratslavsky y Baumeister, 2001; Mischel, Shoda y Rodríguez, 1989; Muraven y Baumeister, 2000. En Sinha, 2008), lo cual suponía un factor de riesgo para el abuso de sustancias y otras conductas desadaptativas en esta población (Wills, 2006, 2007; Baler y Volkow, 2006; Wills y Stoolmiller, 2002. En Sinha, 2008).

Nuestros resultados también mostraron que el consumo de benzodiacepinas suponía un factor de riesgo para la alteración del estado de ánimo de los pacientes, incrementando la percepción de estrés. Ya hemos señalado anteriormente, a través del análisis de supervivencia (pag. 266), que los pacientes con adicción a benzodiacepinas interrumpen antes la desintoxicación que los que no las consumen, fracasando en el intento de retirar la metadona. Otros estudios recientes han informado sobre el riesgo del consumo de benzodiacepinas en pacientes que siguen un tratamiento de mantenimiento con metadona:

- En un estudio preliminar al actual (Carreras y Carrobbles, 2004), se observó que el 53% de los pacientes en TMM consumía benzodiacepinas y la gran mayoría (48%), lo hacía en dosis superiores a la pauta prescrita o simplemente no seguía ningún tipo de pauta. El principal motivo de uso de benzodiacepinas era el insomnio (74%), seguido por problemas de ansiedad (43%), depresión (34%) e irritabilidad (16%). En el mismo estudio

se comprobó la presencia de otros indicadores de riesgo de adicción entre los pacientes consumidores de benzodiacepinas (N= 133) y los resultados mostraron que entre un 31% y un 35% de pacientes mantenía un *consumo crítico*, superior a 50 mg/día (equivalentes); en el 66% de los casos el consumo era de *larga duración*; el 67% consumía benzodiacepinas de *vida media corta*; el 96% combinaba el consumo con el de *otras sustancias psicoactivas*, principalmente alcohol; y el 74% presentaba, además de los trastornos motivo del uso de benzodiacepinas, otras alteraciones de conducta.

- Peles, Schreiber y Adelson (2005), evaluaron las alteraciones del sueño en 101 pacientes en TMM. Los autores señalaron que los trastornos del sueño se daban frecuentemente entre pacientes que abusaban de las benzodiacepinas y citaban a Mitler (2000), informando que las dosis altas y las benzodiacepinas de vida media corta eran los principales indicadores de riesgo de abuso de estos fármacos. El insomnio lo describieron como un efecto rebote que aparecía frecuentemente al interrumpir el consumo de benzodiacepinas y mencionaban otros estudios (Foley et al., 2004; Stiefel y Stagno, 2004) que relacionaban las alteraciones del sueño con el dolor crónico. Sus datos mostraron que las alteraciones del sueño estaban asociadas con factores como el abuso de benzodiacepinas, dosis altas de metadona, trastornos psiquiátricos y dolor crónico.
- Resultados similares los obtuvieron Chen et al., (2011), en un estudio reciente con 194 pacientes en TMM en Baltimore (EE.UU). Los autores informaron de una prevalencia de consumo de benzodiacepinas del 47% y la mayoría de los pacientes (40%), las consumían sin prescripción médica; los motivos de consumo fueron principalmente problemas de ansiedad e insomnio (78%); además informaron de otros trastornos en el 40% de los casos: los pacientes presentaron altos niveles de ansiedad, depresión y estrés percibido en el mes anterior a la evaluación. En las conclusiones del estudio se consideró que el mal uso de la prescripción de benzodiacepinas en esta población, era un serio problema al incrementar el riesgo de sobredosis. Se señaló además que la prevalencia de ambos factores, ansiedad elevada y mal uso de benzodiacepinas, aumentaba el riesgo de recaídas para los pacientes que ya habían abandonado el consumo de opiáceos.

13. CONCLUSIONES

Las conclusiones se han expuesto recogiendo en primer lugar las relativas a los participantes en el estudio y al método utilizado y, a continuación, sobre los resultados. En nuestro estudio, los resultados obtenidos sobre los factores asociados a la efectividad en la retirada de metadona han mostrado ser de diversa índole y con niveles diferentes de evidencia empírica.

Para facilitar su comprensión hemos adoptado unos criterios que permiten clasificarlos en función de su significación y valor predictivo según las pruebas y análisis estadísticos realizados. Se han tenido en cuenta los hallazgos de los otros estudios empíricos relacionados con los objetivos de esta investigación y comentados con anterioridad.

Se han establecido 4 niveles de evidencia:

- A. Un nivel superior que recoge los resultados con significación estadística y valor predictivo en función del análisis multivariante realizado para la variable dependiente objetivo del estudio: el logro de dosis cero en la desintoxicación de metadona al final de un tratamiento sustitutivo
- B. Un nivel alto con los datos aportados también desde el análisis multivariante pero en relación con la variable dependiente de *estrés percibido*, considerada una variable emergente de gran importancia para los objetivos del estudio.
- C. Un nivel medio-alto con los resultados significativos obtenidos mediante procedimientos de análisis de supervivencia y análisis bivariante.
- D. Un nivel medio-bajo que resume las conclusiones derivadas de datos descriptivos y de resultados obtenidos en análisis y pruebas estadísticas con un número pequeño de participantes(<30)

En cada uno de los apartados se han sugerido una serie de recomendaciones basadas en los resultados descritos, con el fin de orientar posibles aplicaciones clínicas y futuras líneas de investigación.

Exponemos a continuación las conclusiones extraídas del conjunto de datos obtenidos en el estudio y de los resultados observados en la retirada de metadona:

1. La muestra del estudio se puede considerar representativa de la población de referencia (pacientes en tratamiento con metadona).

El perfil sociodemográfico y clínico de los participantes en el estudio fue semejante al perfil de pacientes referido en otros trabajos nacionales sobre tratamientos de mantenimiento con metadona (TMM), por lo que la muestra puede considerarse representativa de esta población.

2. El tamaño de la muestra fue inferior al esperado. Por el reducido porcentaje de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y por la negativa de numerosos pacientes a participar en el estudio. No se han obtenido datos que puedan explicar ambas situaciones.

El conjunto de pacientes en TMM de los 16 centros colaboradores incluidos en el estudio, presentaban en el momento de decidir retirar la metadona, criterios suficientes de ajuste social, aunque tal vez no tan exigentes como los establecidos en otros estudios similares revisados. La abstinencia a drogas (heroína y cocaína) se daba en el 62% de los casos; más del 20% mantenía una dosis media de metadona durante el TMM superior a 75mg/día, el 30% no vivía en un núcleo familiar; el 52% no mantenía ocupación laboral y el 20% presentaba incidencias legales actuales. El bajo porcentaje de pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona seleccionados por los centros colaboradores (5,5%), no pareció deberse pues a criterios de mayor exigencia que los referidos en la literatura, por lo que se puede descartar como posible explicación a lo sucedido. Las negativas, de los pacientes seleccionados a participar en el estudio, pudieron tener más relación con su desacuerdo para la desintoxicación que con otro tipo de factores.

Podemos suponer que el objetivo de la retirada de metadona no era una opción claramente establecida, bien entre los propios pacientes, bien entre el equipo facultativo o bien entre ambos. El dato de que el mayor volumen de inclusiones se produjera en el primer semestre del periodo de recogida de datos y fuera descendiendo de manera importante conforme avanzaba en el tiempo, podría indicar, por parte de los responsables técnicos de los centros, una motivación más relacionada con la participación en el trabajo de investigación

que con los criterios pre-establecidos de evaluación para proponer o aceptar un intento de desintoxicación de metadona en TMM.

Recomendaciones: En futuros trabajos se deberá poner especial cuidado en la definición de los criterios de inclusión y en la selección de los participantes susceptibles de incorporarse al estudio. Los diseños multicéntricos pueden suponer una dificultad para mejorar dicho procedimiento.

3. Los tratamientos de mantenimiento con metadona de los diferentes centros colaboradores del estudio se dispensaron bajo condiciones muy similares.

El estudio multicéntrico permitió comparar las características de los TMM de los diferentes centros para comprobar su homogeneidad. Se puede afirmar que los tratamientos de mantenimiento con metadona seguidos por los participantes de la muestra eran muy similares.

- Todos formaban parte de una misma red sanitaria pública (Agencia Antidroga de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid).
- La modalidad de tratamiento en todos los casos era ambulatoria.
- La gran mayoría de los centros colaboradores en el estudio realizaban actividades de prescripción y dispensación de metadona.
- Las ratios de profesionales médicos y de enfermería por centro eran muy homogéneas.
- La totalidad de los centros disponían de servicio de psicología y de trabajo social; y casi todos, de servicio de orientación laboral.
- Dos tercios del total de pacientes habían mantenido una dosis media de metadona a lo largo del tratamiento sustitutivo igual o inferior a 75 mg/día.
- Las dosis eran recogidas mayoritariamente en el propio centro y por los propios pacientes.
- Las determinaciones toxicológicas de sustancias eran regulares en todos los centros y la mayor parte de los pacientes realizaba estos controles, al menos con una periodicidad mensual.

La homogeneidad observada permite establecer un mayor grado de generalización de los resultados.

Recomendaciones: Queda pendiente determinar la homogeneidad en las ratios de profesionales psicólogos clínicos, trabajadores y educadores sociales con dedicación a la actividad asistencial de pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona. Una evaluación más adecuada de la homogeneidad entre estos profesionales debería contemplar la exploración de sus intervenciones en la actividad asistencial, tanto de contenido como de frecuencia en la atención.

4. El tratamiento de mantenimiento con metadona seguido por los participantes del estudio mostró un adecuado nivel de efectividad.

Se comprobó la efectividad del TMM a través de varios indicadores, el primero en cuanto a la reducción del consumo de drogas desde el inicio del tratamiento hasta el momento en que se procedió a la retirada de metadona. La frecuencia de consumo fue de un 72% menos de heroína y un 56% de menos de cocaína; el cánnabis se redujo en un 16% y en un 5% el consumo de alcohol. El consumo de benzodiacepinas resultó inferior al observado en otros estudios y el diagnóstico de adicción a benzodiacepinas también afectaba a un porcentaje menor de pacientes (27%) que en otros estudios con población drogodependiente en TMM. Otro indicador basado en el funcionamiento social mostró que los participantes mantenían un estilo de vida aceptable, en cuanto a la convivencia con el núcleo familiar y la ausencia de incidencias legales actuales; aunque un trabajo remunerado apenas lo había logrado el 50% y los ingresos del conjunto de la muestra les situaban en un nivel medio-bajo. También se valoraron las alteraciones de los estados afectivos (ansiedad, depresión, estrés e insomnio), que en la muestra del estudio actual, finalizando el tratamiento, se presentaron en menor proporción que en otras muestras de pacientes en TMM de otros estudios. Un tercer indicador de buenos resultados del TMM valorado fue el correspondiente a los niveles competenciales medios que mostraron los participantes, superiores en la muestra del estudio actual a los observados en otros trabajos con población drogodependiente en diferentes tipos de tratamiento. Por último, se tuvo en cuenta el uso de servicios complementarios a la dispen-

sación, por la vinculación establecida en la literatura científica con la efectividad de los resultados del TMM. En el estudio actual, prácticamente la totalidad de los pacientes frecuentaba de forma regular tanto el servicio de atención médica y de enfermería como el servicio de atención psicológica y el de trabajo social.

Recomendaciones: Para mejorar la evidencia empírica en la evaluación de la efectividad de los TMM, debería contarse con un protocolo de aplicación pre-post a cada paciente, sobre los indicadores mencionados, así como suficiente relación de resultados de controles toxicológicos.

5. El instrumento de evaluación utilizado para la obtención de los datos y en concreto los cuestionarios estandarizados que se aplicaron, resultaron suficientemente fiables para los objetivos de la evaluación.

Los cuestionarios utilizados dieron muestra en su totalidad de buenos niveles de fiabilidad. La Escala de Problemas de Sueño (EPS) obtuvo mejores resultados en su relación con otras variables que el Cuestionario Oviedo de Sueño (COS).

El nivel de concordancia entre los ítems del Autoinforme relativos a trastornos afectivos y las correspondientes puntuaciones obtenidas en los cuestionarios, lograron significación estadística. Las correlaciones entre los diferentes cuestionarios utilizados fueron elevadas en la mayoría de los casos.

El instrumento inicial de evaluación al completo requirió periodos cortos para su aplicación (Media= 73 minutos; rango: 40 min a 120 min.). El nivel estimado de dificultad de las respuestas para los participantes en el estudio fue bajo para la mayoría de los entrevistados; solo para un 11% se estimó un nivel de dificultad alto. Los cuestionarios fueron cumplimentados en su totalidad por el 96% de los participantes (con excepción de la Escala de Severidad de Adicción a benzodiacepinas, solo aplicable a los pacientes que las consumían).

Recomendaciones: La EPS se considera el cuestionario de elección para evaluar alteraciones del sueño en población del estudio, pero queda pendiente el estudio definitivo para su validación.

El cuestionario para medir niveles competenciales (VIP), dió lugar en ocasiones a estimaciones inestables, por lo que puede ser aconsejable en futuras investigaciones revisar otros procedimientos de evaluación que, sin complicar la aplicación en pacientes de características particulares como los de nuestra muestra, puedan aportar una información más precisa sobre estas variables.

En el Autoinforme se incluyeron, además de los cuestionarios, otras encuestas con ítems relativos a la satisfacción con los servicios utilizados o con el temor a la retirada de metadona, cuyos resultados podrían ser analizados con instrumentos más precisos que aportaran datos comparables con otros estudios empíricos.

El Informe final cumplimentado por el personal médico de los centros (IDM), aportó datos sobre las variables exploradas en él de importante valor predictivo en la efectividad de la retirada de metadona (evaluación previa, dosis inicial, acuerdo en la prescripción, tratamientos farmacológicos coadyuvantes, consumo de drogas durante la desintoxicación, SAO, etc.). Ello compromete a diseñar procedimientos empíricos de evaluación que permitan confirmar los resultados obtenidos en el presente estudio con mayor nivel de evidencia.

6. Los resultados obtenidos por los participantes en el estudio mostraron un nivel bajo de efectividad en la retirada de metadona.

❖ Nivel de Evidencia D

Los datos obtenidos en el estudio mostraron un nivel de éxito bajo en el resultado de la retirada de metadona al finalizar un tratamiento sustitutivo de mantenimiento: sólo el 28% de los pacientes lograron desintoxicarse y mantener la abstinencia hasta 6 meses después de la última dosis de metadona. Si solo se tiene en cuenta el resultado en llegar a dosis cero, el resultado se amplía hasta el 42%, pero es menos de la mitad del total de pacientes que iniciaron la desintoxicación. A los dos años de finalizar el estudio el 16% de los participantes se mantenía abstinentes a opiáceos.

Recomendaciones: Teniendo en cuenta las dificultades en la estimación de la evolución de los participantes tras llegar a la dosis cero de metadona (como el reducido número de pa-

cientes de la muestra en post-tratamiento y la propia realización del seguimiento), el 42% de desintoxicaciones efectuadas (logro de dosis cero), podría considerarse una proporción de éxitos suficiente que anime a continuar explorando procedimientos para mejorar estos resultados con base en la evidencia empírica, determinar cuáles son los factores asociados a la efectividad y cómo se debería proceder en la intervención clínica sobre los mismos.

7. Los seis primeros meses de reducción gradual de la dosis de metadona fueron los de mayor riesgo para fracasar en el intento de desintoxicación. Los pacientes que lograban desintoxicarse corrían el riesgo de recaer nada más finalizar la desintoxicación, pero si lo superaban, la mayor prevalencia de recaídas aparecía alrededor de los 18- 20 meses de abstinencia.

❖ Nivel de Evidencia C

Los pacientes que interrumpieron la desintoxicación lo hicieron principalmente en el inicio del proceso. Si conseguían llegar a dosis cero y mantener la abstinencia los primeros meses, el periodo de mayor riesgo de recaída se producía alrededor del año y medio desde que habían finalizado la desintoxicación de metadona.

Recomendaciones: Parece conveniente prolongar el periodo de seguimiento al menos durante 2 años tras la desintoxicación para llegar a resultados más consistentes respecto al éxito en la retirada de metadona.

8. El tiempo que permanecieron los pacientes desintoxicándose de metadona, hasta que la interrumpieron, estaba relacionado con algunos factores psicológicos, con ciertas características del tratamiento de mantenimiento con metadona y con el propio procedimiento de retirada.

❖ Nivel de Evidencia C

La retención en la intervención para la desintoxicación de metadona (hasta la interrupción del proceso) fue mayor en pacientes que llevaban menos de 4 años en TMM, no presentaban adicción a benzodiacepinas ni estaban acusando algún tipo de situación estresante,

habían realizado algún intento previo de desintoxicación, no consumieron heroína ni cocaína durante la intervención, estaban tratados con fármacos de apoyo y recibieron atención social durante el proceso de reducción de dosis. Todo ello a pesar de presentar mayor número de síntomas de abstinencia que los que permanecieron menos tiempo y fracasaron más rápidamente en el intento.

Recomendaciones: los factores asociados con el tiempo de retención durante la desintoxicación de metadona pueden ser tenidos en cuenta como criterios de pronóstico en la evaluación previa a la prescripción de la retirada del fármaco, tras haber finalizado el tratamiento sustitutivo.

9. La pertinencia para la intervención de la desintoxicación de metadona al finalizar un tratamiento sustitutivo de mantenimiento, quedó establecida mediante la evaluación previa de las condiciones generales del paciente, el grado de adherencia terapéutica mostrado hasta el momento y el tiempo de permanencia en el TMM.

❖ Nivel de Evidencia C

10. La intervención, para ser pertinente, requirió contar con el acuerdo entre el equipo terapéutico y el paciente.

❖ Nivel de Evidencia A

La pertinencia se estableció en función de una serie de características observadas en el TMM, especialmente un tiempo de tratamiento no superior a 3 años y una dosis de metadona en el momento de la evaluación suficientemente baja, inferior a 45 mg/día. Además se consideró necesaria una evaluación previa, general, de las condiciones físicas, psicológicas y sociales en las que se encontraba el individuo antes de proceder a la desintoxicación. El acuerdo entre el equipo y el paciente también fue una variable con importante valor predictivo.

Recomendaciones: Los resultados de la evaluación de las condiciones de los pacientes, junto con la valoración del tiempo que llevan en TMM y la dosis de metadona del momento, permitirán establecer criterios objetivos para poder aconsejar a los pacientes o bien aceptar sus

propuestas, e intentar la desintoxicación como final del tratamiento sustitutivo. El acuerdo entre el equipo terapéutico y el paciente debe ser una condición prioritaria para la decisión de proceder o no a una desintoxicación con objetivos terapéuticos.

11. El mejor procedimiento utilizado para la retirada de metadona, consistió en una disminución lenta y gradual de la dosis, durante un tiempo suficientemente prolongado y con atención psicológica individualizada.

❖ Nivel de Evidencia D.

12. La dosis de metadona adecuada en el inicio de la desintoxicación fue inferior a los 45 mg/día.

❖ Nivel de Evidencia C

13. El procedimiento convencional de reducción gradual de dosis de metadona fue más efectivo al ir acompañado por la prescripción de tratamientos farmacológicos coadyuvantes y por la intervención con trabajo social.

❖ Nivel de Evidencia A

El procedimiento de desintoxicación debe realizarse de forma interdisciplinar, con la prescripción de fármacos destinados principalmente a reducir sintomatología de abstinencia por parte de los facultativos sanitarios y con el apoyo de los profesionales del trabajo social, para intentar crear las condiciones sociales necesarias que permitan mantener un estilo de vida alejado de la cultura de las drogas. En el estudio realizado, ambos factores aumentaron significativamente las posibilidades de finalizar con éxito la desintoxicación y tuvieron valor predictivo. Los ritmos lentos en la disminución de dosis y la psicoterapia mostraron relación con el mantenimiento de la abstinencia después de la desintoxicación, pero el nivel de evidencia empírica fue menor.

Recomendaciones: La sintomatología del SAO no debe considerarse un factor importante de riesgo para la desintoxicación de metadona, siempre que pueda ser tratada con medicación de forma oportuna. Debe tenerse en cuenta que los síntomas que aparecen en las fases fina-

les de la disminución de dosis son de carácter leve (ansiedad, insomnio, irritabilidad). La depresión como factor que forma parte del llamado *síndrome del estado de ánimo orgánico* referido en la literatura, apareció con baja frecuencia en los participantes de nuestro estudio y, en cualquier caso, puede ser tratado tanto con procedimientos farmacológicos como con psicoterapia. Las intervenciones psicológica y de trabajo social pueden contribuir a reducir el temor a la desintoxicación, explorado en algunos estudios que lo relacionan con los resultados de la retirada de metadona por su posible influencia en las recaídas post-tratamiento, cuando los pacientes no logran desenvolverse con el nivel esperado de ajuste en el funcionamiento social.

14. Fueron varios los factores psicológicos asociados a la efectividad en la retirada de metadona: La ansiedad y el estrés percibido por los pacientes en el momento de iniciar el proceso de retirada de metadona aparecieron como factores disposicionales interferidores en el logro de dosis cero. Los consumos de heroína y cocaína durante la desintoxicación se mostraron como conductas de riesgo para el éxito en lograr la dosis cero. La adherencia a los tratamientos durante la desintoxicación redujo el riesgo de interrupción del proceso.

❖ Nivel de Evidencia C

15. El principal factor psicológico asociado a la efectividad en la retirada de metadona fue el estrés percibido. El nivel de estrés percibido por los pacientes inmediatamente antes de proceder a la desintoxicación, tuvo valor predictivo y se mostró como un factor de riesgo para el éxito en alcanzar la dosis cero de metadona

❖ Nivel de Evidencia A

El estudio actual muestra por primera vez en los trabajos de investigación sobre la retirada de metadona, el valor predictivo del estrés percibido en el resultado de la desintoxicación. El estrés percibido junto con el acuerdo en la prescripción de la desintoxicación, el empleo de tratamientos farmacológicos coadyuvantes y la atención social durante la desintoxicación forma el grupo de variables con mejor capacidad predictiva de los resultados del pro-

ceso de retirada de metadona. El estrés es el único y principal factor de riesgo en el conjunto de predictores evidenciados.

Recomendaciones: La evaluación del nivel de estrés percibido por los pacientes debe formar parte del protocolo de toma de decisiones antes de emprender un procedimiento de retirada de metadona al finalizar un tratamiento de mantenimiento y, en el caso de que los pacientes presenten una alteración importante, la intervención debe desestimarse y aplicar técnicas psicológicas e incluso farmacológicas si fuera necesario, para su reducción antes de iniciar el proceso de reducción de dosis.

16. Los factores psicológicos asociados al estrés percibido por los pacientes fueron por un lado, los estados afectivos de ansiedad, depresión e insomnio; en segundo lugar las competencias de autoestima, autoeficacia, autocontrol, habilidades sociales, optimismo, afrontamiento centrado en la tarea, afrontamiento centrado en la emoción y afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social; además el consumo de heroína, cocaína y benzodiazepinas en los meses previos al inicio de la desintoxicación; y, por último, el estilo de vida ajustado a un buen funcionamiento social

❖ Nivel de Evidencia C

17. Los principales factores psicológicos, con valor predictivo sobre el nivel de estrés percibido fueron los estados afectivos de ansiedad y depresión; las competencias de autocontrol y afrontamiento basado en el apoyo social y el consumo de benzodiazepinas en los meses previos al inicio de la retirada de metadona

❖ Nivel de Evidencia B

En el abordaje de los trastornos de estrés es preciso determinar los factores psicológicos implicados. El análisis de datos considerando el estrés como variable dependiente, ha mostrado que las alteraciones del estado de ánimo y la ansiedad incrementan los niveles de estrés, mientras que niveles competenciales adecuados en autocontrol y en la búsqueda de apoyo social como estrategia de afrontamiento, reducen el problema. Parece que son dos líneas de acción terapéutica recomendables en los casos que requieran intervención. La opción farmacológica, por si sola o combinada con la psicoterapia, debe realizarse con sumo

cuidado, ya que el consumo de benzodicepinas previo a la desintoxicación de metadona, incluyendo consumo extraterapéutico y prescripción facultativa, es un factor de riesgo en la aparición o el incremento de la intensidad de estrés percibido.

Recomendaciones: Puesto que el estrés percibido ha resultado un factor de suma importancia en la retirada de metadona y que la evidencia referida en no pocos estudios lo relaciona con los procesos adictivos y las recaídas, sea cual sea el tipo de adicción, parece indicado abordar sistemáticamente el objetivo de entrenamiento en el manejo del estrés desde los primeros meses de tratamiento de mantenimiento con metadona, sin necesidad de esperar al final del mismo cuando se va a proceder a la desintoxicación del fármaco. Ello supondría intervenir con procedimientos psicológicos dirigidos a estabilizar el estado de ánimo, controlar la ansiedad, incrementar la capacidad del paciente en la autorregulación de su propia conducta y fomentar una red de apoyo social a la que el paciente pudiera recurrir ante situaciones conflictivas como una posible estrategia de afrontamiento. Los tratamientos farmacológicos no tendrían lugar en un contexto terapéutico de entrenamiento, pero sí podrían resultar efectivos en situaciones de crisis, retirándolos oportunamente para evitar los riesgos que su uso indiscriminado lleva asociado.

Probablemente un abordaje terapéutico temprano durante el TMM de los factores psicológicos implicados en el estrés percibido tendría repercusión en otras variables que se han comprobado asociadas al resultado de la retirada de metadona: el tiempo de permanencia en TMM no se prolongaría excesivamente, la frecuencia de uso de los servicios psicológico y de atención socio-laboral se incrementaría; la frecuencia de consumos de heroína y cocaína sería menor, se reduciría también el consumo de benzodicepinas, las dosis de metadona podrían ser más bajas, etc. Y tal vez los objetivos de reinserción serían más factibles, consiguiendo un funcionamiento social ajustado que reduciría a su vez el número de estimulación condicionada al estrés y disminuiría el riesgo de recaídas. Todo ello requeriría el planteamiento de nuevas líneas de investigación sobre la efectividad de los TMM basada en los procesos psicológicos vinculados a las conductas instrumentales de riesgo de consumo de drogas.

14. LÍMITES DEL ESTUDIO Y PROPUESTAS DE FUTURO

LIMITES DEL ESTUDIO:

Es necesario mencionar al menos tres limitaciones al estudio presentado:

- En primer lugar, el tamaño de la muestra, que ha representado probablemente el principal límite en las conclusiones de nuestro estudio. Ello afecta fundamentalmente a los resultados de la retirada de metadona durante el post-tratamiento, pero también en lo referente a las conclusiones sobre factores asociados al éxito en el logro de dosis cero. Se debe tener en cuenta el porcentaje de pacientes incluidos respecto a la población de referencia, muy inferior al informado en todos los estudios revisados. Consideramos necesario definir y medir con mayor exactitud los criterios de inclusión cuando se pretenda establecer el éxito en intervenciones para la retirada de metadona después de un programa sustitutivo de mantenimiento, especialmente si se trata de estudios multicéntricos. El abandono (*mortalidad*) de casos, relacionado con la negativa (o falta de acuerdo para la desintoxicación) de los pacientes a colaborar en la investigación, también ha podido influir sensiblemente en el tamaño de la muestra. Es posible que la expectativa de la desintoxicación después de un tiempo suficiente en TMM, deba ser tomada más en cuenta, además de otros objetivos paliativos. Por lo tanto los datos deben ser replicados con muestras más amplias antes de poder generalizar los resultados.
- El instrumento de evaluación utilizado ha podido limitar la obtención de algunos datos que han mostrado relevancia en otros estudios, por lo que no es posible contrastar resultados debido a los diferentes procedimientos de medición. En concreto el miedo o temor a la desintoxicación, evaluado con el DFSS en su mejor versión de 27 ítems por Gentile y Milby (1992); o las estrategias de afrontamiento al estrés medidas por Hyman (2009), con el COPE Questionnaire (Carver, Scheider y Weintraub, 1989). El cuestionario de variables de interacción social (VIP), utilizado en el estudio para medir factores competenciales y su relación con la variable dependiente (efectividad en la retirada de metadona) ha dado resultados inestables, aunque las subescalas que han mostrado mayor significación se corresponden con las halladas por Hyman, por lo que podría ser de interés comprobar estos datos empleando el mismo método de evaluación. Otras variables significativas ne-

cesitarían métodos más precisos de medición, como es el caso de la adherencia terapéutica. Tanto en los estudios de Ladero (2007) y Ladero *et al.*, (2005, 2010), como en el trabajo presentado, la adhesión al tratamiento aparece como un factor conductual de importancia asociado al éxito de las intervenciones; sería de interés desarrollar procedimientos de medida objetivos que permitieran conocer procesos psicológicos asociados a esta variable y poder actuar sobre ellos con objetivos de cambio. También se ha constatado la necesidad de una definición operativa de indicadores que reflejen los comportamientos considerados de ajuste a un funcionamiento social desvinculado del consumo problemático de drogas.

- Por último se considera una limitación a las conclusiones sobre los resultados obtenidos, la insuficiente especificación de la información recogida sobre factores de procedimiento en la desintoxicación de metadona, especialmente los relativos a las ratios de reducción de dosis, los tratamientos farmacológicos pautados durante el proceso, su motivación en relación con el síndrome de abstinencia a opiáceos y su efectividad; también las características de las intervenciones psicológicas y/o sociales realizadas. Se debe tener en cuenta, sin embargo, que la medida objetiva de estas y otras variables vinculadas al proceso de retirada de metadona, tanto durante la desintoxicación como en la evolución del post-tratamiento, son variables que cambian con el paso del tiempo y, por tanto, el procedimiento de análisis que debe emplearse requiere esta consideración y supone una complejidad que exigiría otro tipo de diseño y otro plan de análisis.

Pensamos no obstante, que estas limitaciones pueden ser previstas y soslayadas con mayor facilidad después de valorar los resultados del estudio actual, lo que probablemente facilite a otros trabajos las réplicas necesarias de los objetivos planteados inicialmente y generalizar los resultados.

PROPUESTAS DE FUTURO

El trabajo de investigación llevado a cabo contempla la opción de la abstinencia como objetivo de cambio posible en un TMM, cuando se haya considerado su pertinencia, frente al inmovilismo focalizado en objetivos paliativos tan larga y firmemente instalado en una concepción exclusivamente biomédica de los tratamientos con sustitutivos opiáceos.

A pesar de las limitaciones señaladas, consideramos que los resultados obtenidos han mostrado en un contexto terapéutico interdisciplinar, la importancia de algunos factores psicológicos en el éxito de una intervención basada en la retirada de metadona al finalizar un tratamiento sustitutivo de mantenimiento. En líneas generales, también han sugerido propuestas sobre determinados procedimientos terapéuticos que podrían mejorar los resultados, tanto durante el desarrollo del TMM como en la fase de la desintoxicación de metadona y su posterior seguimiento, hasta dar por concluido el proceso de asistencia y rehabilitación de la adicción a opiáceos en respuesta a la demanda de los pacientes afectados.

El desarrollo de la línea de investigación planteada:

- Sugiere en primer lugar el diseño de estudios cuyos objetivos estén ya muy focalizados en discriminar tipos de factores psicológicos implicados en momentos concretos de las intervenciones y su relación con otras variables y con los procedimientos terapéuticos que demuestren un mayor nivel de efectividad.
- Indica el establecimiento de un marco teórico y metodológico desde el que plantear y analizar los problemas basado en modelos psicológicos, huyendo del *cerebrocentrismo* y abordando la disciplina psicológica sin complejos, según términos empleados por Marino Pérez (2011).
- Aconseja el empleo de procedimientos de análisis e intervención psicológicos, conjuntamente con otras disciplinas, pero desde un enfoque *interdisciplinar*, de colaboración frente a un problema social y no de concesión metodológica a modelos y teorías biológicas.

Bajo estas premisas y con la evidencia empírica constatada hasta el momento, consideramos que sería interesante la continuidad de trabajos en la dirección marcada.

Proponemos:

- Estudios sobre la relación entre los factores emocionales descritos como “fobia a la desintoxicación” y el éxito en la retirada de metadona.
- Estudios sobre tratamientos psicológicos efectivos para la reducción y el manejo del estrés en población drogodependiente en TMM.
- Estudios sobre intervención psicológica efectiva para el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y autocontrol y su relación con la prevención de recaídas en pacientes desintoxicados de metadona, después de un tratamiento sustitutivo.
- Estudios para determinar el riesgo de adicción a benzodiazepinas durante la evolución post-tratamiento, finalizada la desintoxicación de metadona en TMM.
- Estudios sobre instrumentos de evaluación de competencias y niveles de aptitud funcional en la prevención de recaídas de las drogodependencias.

Estas u otras líneas de investigación empírica de la psicología aplicada al campo de la salud y las drogodependencias, desde modelos teóricos y metodológicos propios, contribuirá probablemente a confirmar la efectividad de muchas intervenciones y consolidar la participación de los psicólogos en los servicios de salud.

Esperamos haber contribuido minimamente a ese fin.

15. ANEXOS

1. Instrumento de Evaluación

2. Coordinación Agencia Antidroga

3. Informe Preliminar

1. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN:

1a. PROTOCOLO INICIAL

INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN DEL AUTOINFORME

El Autoinforme consta en total de 8 cuestionarios: 2 encuestas y 6 escalas

- Encuestas: EDSC y EGTM
- Escalas: SDS; HAD; PSS; EPS; COS; VIP

Se han hecho algunas modificaciones a los textos originales después de las reuniones de técnicos mantenidas durante el mes de diciembre 06, por tanto el instrumento de evaluación válido es el que os adjunto en el archivo de hoy.

1. Aunque en teoría puede ser autoadministrado, las características de nuestra población recomiendan que se aplique de modo guiado; esto significa que el evaluador puede ayudar a la comprensión de lo que se pregunta en cada ítem (incluso puede LEERLO en voz alta al mismo tiempo que lo lee el paciente), y puede ayudar a la comprensión de cada una de las opciones de respuesta, pero NUNCA debe instigar la respuesta. Como norma general, todo lo que el paciente pueda hacer por sí mismo sin mucho margen de error, no debe ser realizado por el evaluador.

2. Se recomienda reservar 2 sesiones de 45 min. para la aplicación de los cuestionarios. Algunos pacientes podrían utilizar sólo una sesión de 60 minutos y es posible que otra minoría requiera tres sesiones, pero lo habitual es que pueda ser cumplimentado sin apuros en dos sesiones. Es importante adaptarse al ritmo de cada paciente. Conviene que las sesiones sean programadas en un intervalo corto de tiempo (2 ó 3 semanas como máximo), y preferentemente previas al inicio de la bajada de dosis; si esto no fuera posible, emplear las primeras semanas de la desintoxicación. En cualquier caso, anotar las fechas de evaluación y cualquier incidencia que se pueda producir.

3. El primer paso a realizar es el CONSENTIMIENTO INFORMADO, imprescindible para seguir adelante. A continuación se empieza con la aplicación por este orden, preferentemente:

- 1ª Sesión: 1) EDSC; 2) SDS; 3) HAD; 4) PSS; 5) EPS y 6) COS
- 2ª Sesión: 7) VIP y 8) EGTM

4. Algunas particularidades de los cuestionarios:

- Atención a los periodos de tiempo especificados en cada escala y/o algunos ítems. Hay que dejarlo muy claro durante el desarrollo de la aplicación de los cuestionarios.
- El SDS sólo hay que pasarlo a aquellos pacientes que hayan estado consumiendo benzodiacepinas en los últimos meses (aunque sea a dosis bajas y con prescripción médica). Os adjunto una tabla con nombres genéricos y comerciales para facilitaros el trabajo. En caso de duda, consultad con un médico del Centro.

-PRINCIPIO ACTIVO- NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL
Alprazolam	<i>Tranquimazín</i>
Bentazepam	<i>Tiadipona</i>
Bromazepam	<i>Lexatin</i>
Clonazepam	<i>Rivotril</i>
Clorazepato	<i>Tranxilium, Dorken</i>
Diazepam	<i>Valium</i>
Flunitrazepam	<i>Rohipnol</i>
Flurazepam	<i>Dormodor</i>
Halazepam	<i>Alapryl</i>
Lorazepam	<i>Orfidal, Idalprem</i>
Lormetazepam	<i>Loramet, Noctamid</i>
Midazolam	<i>Dormicum</i>
Zolpidem	<i>Stilnox</i>

- En el HAD, encontrareis una opción de respuesta de “igual que siempre”, “como siempre” o “igual que antes”. Explicad al paciente que se refiere a su manera habitual de encontrarse o a un periodo en el que no tenía muchos problemas. Muchos pacientes lo interpretan como “mejor que antes” con referencia al periodo más problemático del consumo de drogas, valorando los cambios positivos debidos al tratamiento. En cualquier caso, tened en cuenta que es la opción de respuesta en algunos ítems que refleja el menor nivel de alteración (ansiedad/depresión).
- El COS es una escala de APLICACIÓN GUIADA NECESARIAMENTE. Observareis que incluso se pide una tasa de horas de sueño, que lógicamente debe ser interpretada al usuario: (¿cuántas horas ha dormido del total de horas que ha estado en la cama cada noche?. O mejor: ¿Cuántas horas suele permanecer en la cama cada noche?; y de esas horas, ¿Cuántas suele dormir?). El evaluador debe señalar la opción correspondiente.

- El VIP está muy constreñido por aquello de ahorrar papel, pero facilitaría la lectura y el señalar correctamente las respuestas, utilizar un tamaño de letra y un ancho para las filas de la tabla algo mayor.
- En la EGTM, las dos primeras preguntas pueden ser respondidas de forma aproximada.
- Se ha incluido una hoja de observaciones que debéis cumplimentar, al menos en cuanto a las preguntas cerradas.
- ULTIMA RECOMENDACIÓN: Practicar la aplicación al menos en 5 ensayos previos con pacientes que no vayan a participar en el estudio, de cualquier Programa (la EGTM no se pasaría o se excluirían algunos ítems). Comentadme las dificultades, el tiempo que habéis invertido, la disposición de los pacientes, etc...

Estudio sobre Factores Psicológicos Asociados

a la Efectividad en la Retirada de Metadona

2007 - 2009

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio está diseñado para investigar sobre algunos factores que pueden influir en los resultados del proceso de retirada de metadona al final de un tratamiento con este sustitutivo opiáceo.

En el estudio participan la Universidad Autónoma de Madrid, la Agencia Antidroga y el CAID del Ayuntamiento de San Fernando de Henares. La coordinadora del estudio es Amparo Carreras Alabau, psicóloga clínica colegiada nº M-0083, y junto con ella colaboran otros médicos y psicólogos de los CAIDs de la Comunidad de Madrid.

Si Usted no tiene inconveniente en colaborar, se le garantiza la absoluta confidencialidad de sus datos y de toda la información que nos proporcione, la cual únicamente podrá ser utilizada para los objetivos de esta investigación.

Su colaboración va a consistir en realizar una evaluación previa al inicio del proceso de retirada de la metadona, lo que supone 1 ó 2 sesiones con el psicólogo/a (u otro técnico autorizado) responsable. En dichas sesiones de evaluación se procederá a la aplicación de varios tests o cuestionarios. Estos cuestionarios no tienen respuestas correctas o incorrectas, sino que sólo se le pide su opinión.

CONSIENTO:

EVALUADOR/A

Fdº.

Fdº:

DNI:

DNI:

Código RAD:

Nº. Col:

Estudio sobre Factores Psicológicos Asociados

a la Efectividad en la Retirada de Metadona

2007 – 2009

AUTOINFORME

Centro:

Evaluador(es):

Código RAD:

Fechas Evaluación: _____.____.____ / _____.____.____ / _____.____.____

Sexo: 1) Varón 2) Mujer

Fecha Nctº: _____.____.____

Inicio PM en el Centro: _____.____.____

Tiempo total (en meses) de tratamiento con metadona continuado: ____ (meses)

I. Encuesta sobre Datos Sociodemográficos y Clínicos (E.D.S.C.)

(Carreras y Carrobbles, 2004)

Le presentamos a continuación algunas preguntas sobre su situación social y sanitaria. Por favor, responda con la mayor sinceridad posible, señalando con una cruz (X) la opción que más se aproxime a su situación real. Recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas y que los datos son confidenciales.

1. ¿Cuál es su estado civil actual?

(1) soltero/a	(2) casado/a	(3) pareja de hecho	(4) separado/a de hecho o de derecho	(5) divorciado/a (con sentencia)	(6) viudo/a	(9) ns/nc
---------------	--------------	---------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-------------	-----------

2. ¿Dónde vive actualmente?

(1) en casa o piso	(2) en la calle o albergues	(3) en pensiones	(4) en Centros Penitenciarios
(5) otros: (especificar)			(9) ns/nc

3. ¿Con quién ha compartido la vivienda durante los 3 últimos meses?

(1) sólo	(2) familia propia (pareja y/o hijos)	(3) familia origen (padres, hermanos...)	(4) amigos (compañeros de piso)	(5) Centro de tratamiento (especificar)
(6) Institución: (especificar)		(7) otros: (especificar)		(9) ns/nc

4. Aproximadamente, ¿De cuánto dinero dispone al mes para cubrir sus necesidades?

(1) menos de 600 eur.	(2) entre 650 y 900 eur.	(3) entre 950 y 1.500 eur.	(4) más de 1.500 eur.	(9) ns/nc
-----------------------	--------------------------	----------------------------	-----------------------	-----------

5. ¿Qué nivel de estudios ha alcanzado? (Señalar los últimos estudios ya finalizados)

(1) no sabe leer ni escribir	(2) no aprobó estudios primarios (5º EGB)	(3) estudios primarios aprobados (5º EGB)	(4) Bachiller Elemental/ Graduado Escolar/ ESO	(5) Bachiller Superior / BUP/ Bachiller LOGSE/ COU/ FP1/ FP2/ FP LOGSE
(6) Otros títulos que exigen Graduado Escolar		(7) Estudios Universitarios Medios o Superiores	(8) Otros títulos superiores no universitarios	(9) ns/nc

6. ¿Qué ocupación principal ha tenido en los últimos 3 meses?

(1) trabajo fijo por cuenta propia o ajena	(2) trabajo temporal por cuenta propia o ajena	(3) paro con subsidio	(4) paro sin subsidio
(5) baja por enfermedad		(6) Incapacidad Laboral	(7) otros: (especificar)
(9) ns/nc			

7. ¿Cuál es en la actualidad su situación legal?

(1) sin incidencias legales	(2) en espera de juicio	(3) en libertad provisional	(4) en busca y captura	(5) en cumplimiento alternativo
(6) con remisión o suspensión temporal de la pena		(7) en libertad condicional	(8) otros: (especificar)	(9) ns/nc

8. ¿Qué enfermedades diagnosticadas le han informado que tiene actualmente? (Puede señalar más de 1 opción)

(1) ninguna	(2) Hepatitis B	(3) Hepatitis C	(4) Tuberculosis	(5) VIH
(6) otras: (especificar)				(9) ns/nc

9. ¿Está tomando medicación para el tratamiento de esas enfermedades? (Puede señalar más de 1 opción)

(1) No, ninguna	(2) Sí, para el VIH	(3) Sí, para la tuberculosis	(4) Sí, para el hígado	(5) otros: (especificar)	(9) ns/nc
-----------------	---------------------	------------------------------	------------------------	--------------------------	-----------

10. ¿Cuánto tiempo lleva con medicación para esas enfermedades? (señalar el tratamiento de más larga duración)

(1) No tomo medicación	(2) menos de un mes	(3) entre 1 y 3 meses	(4) entre 3 y 6 meses	(5) entre 6 meses y 1 año
(6) entre 1 y 2 años	(7) entre 2 y 5 años	(8) más de 5 años	(9) ns/nc	

11. ¿Ha experimentado últimamente alguna de las siguientes alteraciones o trastornos leves de conducta? (Puede señalar más de 1 opción)

(1) no, ninguno	(2) ansiedad	(3) depresión	(4) irritabilidad	(5) problemas para dormir	(6) problemas con la alimentación
(7) angustia o pánico	(8) obsesiones, paranoias, alucinaciones, pensamientos extraños...				(9) ns/nc

12. ¿Ha estado tomando los últimos meses fármacos para algunos de esos trastornos o por alguna otra razón?

(1) No

(2) Sí

13. En caso afirmativo, indique el tipo de fármacos(*). (Puede señalar más de 1 opción)

(1) benzodiacepinas (tranquilizantes, relajantes, sedantes, pastillas para dormir, ...)	(2) antidepresivos	(3) antiepilépticos
(4) anfetaminas (estimulantes, pastillas para adelgazar, ...)	(5) antipsicóticos	(6) otros: (especificar)
		(9) ns/nc

(*) Si no se conoce el tipo de fármaco, diga su nombre comercial: _____

II. ESCALA DE SEVERIDAD DE ADICCIÓN A BENZODIACEPINAS (SDS)

Gossop, 1995; De las Cuevas, 2000

14. Si ha elegido la opción (1) en la pregunta anterior, responda a las siguientes cuestiones sobre su experiencia con el uso de tranquilizantes, sedantes o pastillas para dormir durante el último mes. Por favor, señale la respuesta que mejor refleje su experiencia

1ª. ¿Ha pensado en alguna ocasión que no podía controlar su consumo de tranquilizantes, sedantes o pastillas para dormir?

(1) Nunca o casi nunca	(2) Algunas veces	(3) Con frecuencia	(4) Siempre o casi siempre
------------------------	-------------------	--------------------	----------------------------

2ª. ¿Le ha preocupado o angustiado la posibilidad de no disponer de sus tranquilizantes, sedantes o pastillas para dormir?

(1) Nunca o casi nunca	(2) Algunas veces	(3) Con frecuencia	(4) Siempre o casi siempre
------------------------	-------------------	--------------------	----------------------------

3ª. ¿Se ha sentido preocupado por su consumo de tranquilizantes, sedantes o pastillas para dormir?

(1) Nada en absoluto	(2) Un poco	(3) Bastante	(4) Mucho
----------------------	-------------	--------------	-----------

4ª. ¿Ha deseado poder dejar de tomar sus tranquilizantes, sedantes o pastillas para dormir?

(1) Nunca o casi nunca	(2) Algunas veces	(3) Con frecuencia	(4) Siempre o casi siempre
------------------------	-------------------	--------------------	----------------------------

5ª. ¿Hasta qué punto le parece difícil el dejar o estar sin sus tranquilizantes, sedantes o pastillas para dormir?

(1) No me parece difícil	(2) Bastante difícil	(3) Muy difícil	(4) Imposible
--------------------------	----------------------	-----------------	---------------

III. Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD)
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

(Zigmond y Snaith, 1983; adaptación y validación española de Tejero, Guimera, Farre y Peri, 1986 y Terol y cols., 1997)

A continuación leerá unas frases que pueden describir cómo se siente Ud. afectiva y emocionalmente. Lea cada frase y marque con una cruz (X) la respuesta que coincida mejor con la forma en que se ha sentido usted DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA. No hay respuestas buenas ni malas. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta.

1. Me siento tenso/a o nervioso/a

(1) Casi todo el día	(2) Gran parte del día	(3) De vez en cuando	(4) Nunca
----------------------	------------------------	----------------------	-----------

2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre

(1) Igual que antes	(2) No tanto como antes	(3) Solamente un poco	(4) Ya no disfruto con nada
---------------------	-------------------------	-----------------------	-----------------------------

3. Siento una especie de temor, como si algo malo fuera a suceder

(1) Sí, muy intenso	(2) Sí, pero no muy intenso	(3) Sí, pero no me preocupa	(4) No siento nada de eso
---------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------

4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas

(1) Igual que siempre	(2) Actualmente algo menos	(3) Actualmente mucho menos	(4) Actualmente en absoluto
-----------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones

(1) Casi todo el día	(2) Gran parte del día	(3) De vez en cuando	(4) Nunca
----------------------	------------------------	----------------------	-----------

6. Me siento alegre

(1) Nunca	(2) Muy pocas veces	(3) En algunas ocasiones	(4) Gran parte del día
-----------	---------------------	--------------------------	------------------------

7. Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajadamente

(1) Siempre	(2) A menudo	(3) Raras veces	(4) Nunca
-------------	--------------	-----------------	-----------

8. Me siento lento/a y torpe

(1) Gran parte del día	(2) A menudo	(3) A veces	(4) Nunca
------------------------	--------------	-------------	-----------

9. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueo en el estómago"

(1) Nunca	(2) Sólo en algunas ocasiones	(3) A menudo	(4) Muy a menudo
-----------	-------------------------------	--------------	------------------

10. He perdido el interés por mi aspecto personal

(1) Completamente	(2) No me cuido como debiera hacerlo	(3) Es posible que no me cuido como debiera	(4) Me cuido como siempre lo he hecho
-------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

11. Me siento inquieto como si no pudiera parar de moverme

(1) Realmente mucho	(2) Bastante	(3) No mucho	(4) En absoluto
---------------------	--------------	--------------	-----------------

12. Tengo ilusión por las cosas

(1) Como siempre	(2) Algo menos que antes	(3) Mucho menos que antes	(4) En absoluto
------------------	--------------------------	---------------------------	-----------------

13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor

(1) Muy a menudo	(2) Con cierta frecuencia	(3) Raramente	(4) Nunca
------------------	---------------------------	---------------	-----------

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o un buen programa de radio o de televisión

(1) A menudo	(2) Algunas veces	(3) Pocas veces	(4) Casi nunca
--------------	-------------------	-----------------	----------------

IV. Escala de Estrés Percibido-10 ítems

Versión española (2.0) de la *Perceived Stress Scale 10 items (PSS-10)*
de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983).

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

V. Encuesta sobre Problemas de Sueño (E.P.S.)

(Carreras y Carrobbles, 2004; Carreras, 2007)

A continuación le haremos una serie de preguntas sobre cómo duerme usted habitualmente. Las preguntas están formuladas sobre la norma general de utilizar el horario nocturno como periodo de descanso; si por alguna razón esto no fuera así, por favor adapte el cuestionario a su horario de sueño en particular. Responda, por favor a cada una de las preguntas eligiendo la opción de respuesta que más se aproxime a cómo ha dormido Vd. DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.

1. Durante los últimos 30 días, por la noche, al acostarse, ¿Ha tardado más de media hora en conciliar el sueño?

(1) Nunca	(2) Alguna vez al mes	(3) Alguna vez a la semana	(4) Varias noches a la semana	(5) Todas o casi todas las noches
-----------	-----------------------	----------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

2. Durante el día, desde hace un mes ¿Siente cansancio, fatiga y/o somnolencia excesiva?

(1) No, nunca	(2) Pocas veces	(3) Bastantes veces	(4) Muchas veces	(5) Siempre
---------------	-----------------	---------------------	------------------	-------------

3. ¿Las personas que conviven habitualmente con Vd. le han comentado en los últimos 30 días que está usted más irritable o de peor humor?

(1) Nunca	(2) Pocas veces	(3) Bastantes veces	(4) Muchas veces	(5) Siempre
-----------	-----------------	---------------------	------------------	-------------

4. En los últimos 30 días ¿Se ha despertado más de dos veces en la noche?

(1) Nunca	(2) Alguna vez al mes	(3) Alguna vez a la semana	(4) Varias noches a la semana	(5) Todas o casi todas las noches
-----------	-----------------------	----------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

5. En el caso de despertarse alguna vez durante la noche en los últimos 30 días ¿El tiempo total que ha pasado despierto es superior a 1 hora? (si no se ha despertado, responder la opción (1))

(1) No, nunca	(2) Pocas veces	(3) Bastantes veces	(4) Muchas veces	(5) Siempre
---------------	-----------------	---------------------	------------------	-------------

6. Durante los últimos 30 días, en general, ¿ha dormido usted más de seis horas por la noche, aunque se haya despertado alguna vez?

(1) No, nunca	(2) Pocas veces	(3) Bastantes veces	(4) Muchas veces	(5) Siempre
---------------	-----------------	---------------------	------------------	-------------

7. ¿Se ha despertado por la mañana, estos últimos 30 días 1 ó 2 horas antes de lo previsto?

(1) Nunca	(2) Alguna vez al mes	(3) Alguna vez a la semana	(4) Varias noches a la semana	(5) Todas o casi todas las mañanas
-----------	-----------------------	----------------------------	-------------------------------	------------------------------------

8. En general, considera usted que en los últimos 30 días ha dormido:

(1) Siempre mal	(2) Bastante mal	(3) Regular	(4) Bastante bien	(5) Siempre bien
-----------------	------------------	-------------	-------------------	------------------

VI. Cuestionario Oviedo de Calidad del Sueño (C.O.S.)

Bobes et al., 1998; 2000

DURANTE EL ÚLTIMO MES:

1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

<input type="radio"/> muy insatisfecho	<input type="radio"/> bastante insatisfecho	<input type="radio"/> insatisfecho
<input type="radio"/> término medio	<input type="radio"/> satisfecho	<input type="radio"/> bastante satisfecho
<input type="radio"/> muy satisfecho		

2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para...

	Ninguno	1-2d/s	3d/s	4-5d/s	6-7d/s
Conciliar el sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permanecer dormido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lograr un sueño reparador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despertar a la hora habitual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Excesiva somnolencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

<input type="radio"/> 10-15 minutos	<input type="radio"/> 16-30 minutos	<input type="radio"/> 31-45 minutos
<input type="radio"/> 45-60 minutos	<input type="radio"/> Más de 60 minutos	

4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

<input type="radio"/> ninguna vez	<input type="radio"/> 1 vez	<input type="radio"/> 2 veces
<input type="radio"/> 3 veces	<input type="radio"/> más de 3 veces	

5. Si normalmente se despertó, Vd. Piensa que se debe a...

<input type="radio"/> dolor	<input type="radio"/> necesidad de orinar	<input type="radio"/> ruido
<input type="radio"/> otros. Especificar		

6. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo. ¿Cuánto tiempo antes?

<input type="radio"/> se ha despertado como siempre	<input type="radio"/> media hora antes
<input type="radio"/> 1 hora antes	<input type="radio"/> entre 1 y 2 horas antes
<input type="radio"/> más de 2 horas	

7. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama). Por término medio, ¿cuántas horas ha dormido cada noche? ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama?

<input type="radio"/> 91-100%	<input type="radio"/> 81-90%	<input type="radio"/> 71-80%
<input type="radio"/> 61-70%	<input type="radio"/> 60% o menos	

8. ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento socio-laboral por no haber dormido bien la noche anterior?

<input type="radio"/> ningún día	<input type="radio"/> 1-2d/s	<input type="radio"/> 3d/s
<input type="radio"/> 4-5d/s	<input type="radio"/> 6-7d/s	<input type="radio"/> 0

9. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

<input type="radio"/> ningún día	<input type="radio"/> 1-2d/s	<input type="radio"/> 3d/s
<input type="radio"/> 4-5d/s	<input type="radio"/> 6-7d/s	<input type="radio"/> 0

10. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido periodos de sueño diurno, ¿cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento sociolaboral por este motivo?

<input type="radio"/> ningún día	<input type="radio"/> 1-2d/s	<input type="radio"/> 3d/s
<input type="radio"/> 4-5d/s	<input type="radio"/> 6-7d/s	<input type="radio"/> 0

11. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido)...

	Ninguno	1-2d/s	3d/s	4-5d/s	6-7d/s
Ronquidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ronquido con ahogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimientos de las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pesadillas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.) prescrito o no, para ayudarse a dormir?

<input type="radio"/> ningún día	<input type="radio"/> 1-2d/s	<input type="radio"/> 3d/s
<input type="radio"/> 4-5d/s	<input type="radio"/> 6-7d/s	<input type="radio"/> 0

13. Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc.), describir:

VII: Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (V.I.P.)

(Pedrero, E.J. et al. 2005)

Por favor, lea cada frase y diga si está **muy de acuerdo**, sólo **de acuerdo**, algo **en desacuerdo** o **muy en desacuerdo** con ella. Conteste a todas las frases de la manera mas sincera posible. Si tiene algún problema consulte con el profesional. Agradecemos sinceramente su colaboración.

MA = muy de acuerdo A = de acuerdo D = en desacuerdo MD = muy en desacuerdo

	MA	A	D	MD
1. Cuando me encuentro frente a un problema suelo echarme la culpa por ser demasiado emocional ante la situación				
2. Temo expresar opiniones personales en un grupo de amigos por miedo a parecer incompetente				
3. Rara vez confío en que las cosas buenas me ocurran a mí				
4. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo				
5. Tengo emociones intensas que me hacen sentir descontrolado/a				
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo porque tengo la habilidad necesaria para manejar situaciones difíciles.				
7. Seguro que si algo puede irme mal, me ocurre				
8. A veces pienso que no sirvo para nada				
9. Cuando me encuentro frente a un problema, procuro planificar mejor mi tiempo				
10. Estoy seguro de que mis problemas continuarán igual o peor en el futuro				
11. Me preocupa hablar en público por temor a lo que los demás puedan pensar de mí				
12. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados				
13. Si pudiera, cambiaría muchas cosas de mí mismo				
14. Cuando me encuentro frente a un problema, procuro estar con otras personas				
15. Cuando me encuentro frente a un problema, suelo plantear distintas soluciones al problema				
16. He aprendido a ser paciente con los demás				
17. Puedo evitar caer en ciertas "tentaciones" del momento a fin de conseguir luego algo mejor				
18. Evito hacer preguntas a personas que no conozco				
19. Sé esperar para conseguir algo				
20. Generalmente pienso que soy inferior al resto de la gente				
21. Cuando me encuentro frente a un problema suelo preocuparme mucho				
22. Soy capaz de posponer gratificaciones a fin de alcanzar mis metas, en lugar de dejarme llevar por el impulso de actuar inmediatamente				
23. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas				
24. Cuando me encuentro frente a un problema, suelo emprender inmediatamente una acción que corrija la situación				
25. Cuando se me acaba la paciencia, me pongo ofensivo/a				
26. A menudo me gustaría ser cualquier otra persona				
27. La mayoría de la gente es mejor que yo				
28. Cuando me encuentro frente a un problema, suelo tratar de ser organizado para estar por encima de la situación				
29. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas				
30. Me resulta difícil hacer nuevos amigos				
31. Cuando me encuentro frente a un problema, procuro ajustar mis prioridades				
32. No merece la pena hacer muchos planes para el futuro, es la suerte la que decide lo que ocurrirá				
33. Cuando conozco gente nueva tengo poco que decir				
34. Casi nunca espero que las cosas me sean favorables				
35. Soy una persona tímida				

	MA	A	D	MD
36. Cuando tengo problemas prefiero dormir para olvidarlos				
37. Tengo una mala opinión de mí mismo				
38. Cuando estoy en un grupo, tengo problemas para encontrar cosas sobre las que hablar				
39. Muchas de las cosas desagradables en la vida de las personas son, en parte, debidas a la mala suerte				
40. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer				
41. Cuando me encuentro frente a un problema, suelo llamar a un amigo				
42. Creo que nunca llegaré a sentirme satisfecho de mi vida				
43. Cuando tengo problemas me encierro en casa para no pensar en ellos				
44. Cuando me encuentro frente a un problema, suelo decidir una acción a seguir y llevarla a cabo				
45. Sin duda alguna, no tengo confianza en mí mismo				
46. Cuando me encuentro frente a un problema suelo ponerme muy tenso				
47. Siempre soy optimista acerca de mi futuro				
48. Cuando me encuentro frente a un problema suelo marcar mis prioridades				
49. Algunas veces pienso que soy una carga para los demás				
50. Suelo tener que volver a hacer las cosas por obrar precipitadamente				
51. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas				
52. Cuando me encuentro frente a un problema, suelo hacer un esfuerzo extra para resolver las cosas				
53. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo				
54. Creo que soy importante como persona				
55. Cuando tengo problemas utilizo la fantasía para imaginar que se resuelven satisfactoriamente				
56. Cuando estoy muy irritado sé lo que tengo que hacer para tranquilizarme				
57. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario				
58. Cuando me encuentro frente a un problema suelo analizar el problema antes de actuar				
59. Expreso mi punto de vista aunque sea impopular				
60. Cuando me encuentro frente a un problema suelo lograr controlar la situación				
61. Estoy muy contento/a de ser como soy				
62. Cuando me encuentro frente a un problema suelo sentirme nervioso por no ser capaz de afrontarlo				
63. Pienso que soy una persona vulgar, sin interés para los demás				
64. Cuando me encuentro frente a un problema suelo hablar con alguien cuyos consejos valore				
65. Cuando me encuentro frente a un problema suelo culparme por aplazar la toma de decisiones				
66. Siempre miro el lado positivo de las cosas				
67. Cuando me encuentro frente a un problema suelo irme a ver a algún amigo				
68. Tengo la seguridad de que me será posible ser feliz				
69. Las cosas nunca ocurren como yo quiero				
70. Tengo demasiados defectos				
71. Con buenas palabras hago lo que los demás quieren que haga y no lo que realmente querría hacer				
72. Cuando me encuentro frente a un problema, suelo decirme a mí mismo que eso no me puede estar sucediendo a mí				
73. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente				
74. Cuando me encuentro frente a un problema suelo echarme la culpa por no saber qué hacer				
75. Tengo miedo del futuro, no espero que me pase nada bueno				
76. Cuando me encuentro frente a un problema suelo centrarme en el problema y ver cómo puedo resolverlo				
77. Cuando me encuentro frente a un problema suelo enfadarme				
78. Tomo decisiones de forma rápida que después lamento				
79. Me resulta difícil iniciar una conversación con un extraño				
80. Cuando me encuentro frente a un problema suelo pasar un tiempo con una persona especial				
81. La mayor parte de los problemas que se resuelven no son por el esfuerzo que pongas en conseguirlo, sino por suerte o porque otros los solucionan				
82. Cuando tengo problemas me tomo cualquier cosa que me haga olvidarlos				
83. Con frecuencia descargo mi ira con violencia				
84. Suelo equivocarme por hacer ciertas cosas de modo precipitado				

VIII. Encuesta General sobre el Tratamiento con Metadona (E.G.T.M.)

(Carreras y Carrobes, 2004)

A continuación haremos unas preguntas relativas al desarrollo del programa de metadona que Vd. sigue. Los datos son confidenciales y no pueden ser utilizados para otros fines fuera de esta evaluación, por lo que puede usted responder con total sinceridad. Marque con una cruz (X) la opción de respuesta que más se parezca a su situación real. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, todas son válidas.

1. ¿A qué edad empezó a consumir heroína u otros opiáceos? _____

2. ¿Aproximadamente, cuándo inició su tratamiento en el actual Programa de Metadona? ____ (mes) ____ (año)

3. ¿Ha realizado antes de empezar este tratamiento con metadona, algún otro tratamiento para la adicción a heroína? (Puede ser válida más de una opción)

(1) No	(2) Si, desintoxicación con supervisión médica y/o farmacológica	(3) Si, antagonistas opiáceos (Naltrexona)	(4) Si, terapia psicológica	(5) si, terapia ocupacional/ social
(6) Si, otro Programa de Mantenimiento con Metadona	(7) otros: (especificar)			(9) no sabe / no contesta

4. En general, Cómo ha valorado su dosis habitual de metadona durante el ultimo año de tratamiento?

(1) Insuficiente	(2) bastante adecuada	(3) totalmente adecuada	(4) excesiva	(9) ns/nc
------------------	-----------------------	-------------------------	--------------	-----------

5. ¿ Con qué frecuencia ha ido a recoger su dosis de metadona durante los últimos 30 días?

(1) a diario y fin de semana en metabús	(2) a diario y dosis para casa los fines de semana	(3) 3 veces a la semana	(4) 2 veces a la semana	(5) 1 vez a la semana	(9) ns/nc
---	--	-------------------------	-------------------------	-----------------------	-----------

6. ¿Quién ha recogido habitualmente la metadona durante los últimos 30 días?

(1) yo mismo/a	(2) un familiar, mi pareja	(3) un amigo o compañero	(4) un voluntario	(5) otros: (especificar)	(9) ns/nc
----------------	----------------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-----------

7. ¿Dónde ha recogido la metadona durante los últimos 30 días?

(1) en el CAID	(2) en el CAID y en Metabús	(3) siempre en el Metabús	(4) en Farmacia	(5) otros: (especificar)	(9) ns/nc
----------------	-----------------------------	---------------------------	-----------------	--------------------------	-----------

8. ¿Cuántos controles de orina ha realizado durante los últimos 30 días?

(1) ninguno, no hago controles	(2) uno o dos al mes	(3) tres o cuatro al mes	(4) mas de uno a la semana	(5) otros, (especificar)	(9) ns/nc
--------------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------

9. Indique el tipo de servicios que existen en el Centro o Programa donde Vd. sigue el tratamiento con metadona. (Puede señalar mas de una opción)

(1) Únicamente Dispensación	(2) Servicio sanitario: médico y/o enfermera/o	(3) Servicio psicológico: psicóloga/o	(4) Trabajo Social: Asistente social
(5) Servicio de Formación y Orientación Laboral: Educador/a o monitor/a social	(6) Asesoría Jurídica: abogada/o	(7) Otros (especificar)	(9) ns/nc

10. Durante los últimos 6 meses, en el Programa de Metadona que Vd. sigue, ¿Con qué frecuencia ha utilizado los siguientes servicios?

	(1) a diario, de lunes a viernes	(2) 3 veces en semana	(3) 1 ó 2 veces en semana	(4) de 1 a 3 veces al mes	(5) menos de 1 vez al mes	(6) nunca	(9) ns/nc
Dispensación(recogida metadona en Centro, Metabús, Farmacia...)							
Sanitario (Consulta Médica y/o de Enfermería)							
Psicológico (consulta, terapia, grupos)							
Trabajo Social (Consultas, tramitaciones, recursos)							
Asesoría Jurídica (Información, coordinación, informes)							
Formativo, ocupacional y O. Laboral (Cursos, orientación, talleres, búsqueda de empleo)							
Otros: (especificar)							

11. ¿En general, está usted satisfecho/a con los servicios utilizados? (Valore únicamente los servicios que haya utilizado)

	(1)muy satisfecho/a	(2) bastante satisfecho/a	(3) poco satisfecho/a	(4) nada satisfecho/a	(9) ns/nc
Dispensación					
Sanitario					
Psicológico					
Trabajo Social					
Asesoría Jurídica					
Formativo, ocupacional y O. Laboral					
Otros: (especificar)					

12. En general, piensa que el tratamiento con metadona que está recibiendo en este centro, resulta:

(4) muy efectivo	(2) bastante efectivo	(3) poco efectivo	(4) nada efectivo	(9) ns/nc
------------------	-----------------------	-------------------	-------------------	-----------

13. ¿Ha consumido heroína (u otros opiáceos) en los últimos 6 meses del tratamiento con metadona?

(1) no	(2) si, pero menos de una vez al mes	(3) si, alguna vez al mes	(4) si, alguna vez a la semana	(5) si, una vez al día	(6) si, varias veces al día	(9) ns/nc
--------	--------------------------------------	---------------------------	--------------------------------	------------------------	-----------------------------	-----------

14. Indique, si procede, la forma habitual en la que ha consumido heroína (u otros opiáceos) en los últimos 6 meses

(1) oral	(2) fumada en cigarrillo	(3) inhalada: chino o plata	(4) esnifada en polvo	(5) inyectada	(6) otras: (especificar)	(9) ns/nc
----------	--------------------------	-----------------------------	-----------------------	---------------	--------------------------	-----------

15. ¿Ha consumido cocaína en los últimos 3 meses del tratamiento con metadona?

(1) no	(2) si, pero menos de una vez al mes	(3) si, alguna vez al mes	(4) si, alguna vez a la semana	(5) si, una vez al día	(6) si, varias veces al día	(9) ns/nc
--------	--------------------------------------	---------------------------	--------------------------------	------------------------	-----------------------------	-----------

16. Indique, si procede, la forma habitual en la que ha consumido cocaína en los últimos 3 meses

(1) oral	(2) fumada en cigarrillo o pipa	(3) inhalada: chino o plata	(4) esnifada en polvo	(5) inyectada	(6) otras: (especificar)	(9) ns/nc
----------	---------------------------------	-----------------------------	-----------------------	---------------	--------------------------	-----------

17. Consumía cocaína antes de empezar el tratamiento actual de metadona?

(1) no	(2) si, pero menos de una vez al mes	(3) si, alguna vez al mes	(4) si, alguna vez a la semana	(5) si, una vez al día	(6) si, varias veces al día	(9) ns/nc
--------	--------------------------------------	---------------------------	--------------------------------	------------------------	-----------------------------	-----------

18. ¿Cuántas veces ha consumido alcohol en los últimos 3 meses del actual tratamiento con metadona?

(1) no he consumido nada de alcohol	(2) menos de una vez al mes	(3) si, alguna vez al mes	(4) si, alguna vez a la semana	(5) una vez al día	(6) varias veces al día	(9) ns/nc
-------------------------------------	-----------------------------	---------------------------	--------------------------------	--------------------	-------------------------	-----------

19. Consumía alcohol antes de empezar su tratamiento actual de metadona?

(1) no	(2) si, pero menos de una vez al mes	(3) si, alguna vez al mes	(4) si, alguna vez a la semana	(5) si, una vez al día	(6) si, varias veces al día	(9) ns/nc
--------	--------------------------------------	---------------------------	--------------------------------	------------------------	-----------------------------	-----------

20. ¿Cuántas veces ha consumido cannabis en los últimos 3 meses del tratamiento con metadona?

(1) nada	(2) menos de una vez al mes	(3) si, alguna vez al mes	(4) si, alguna vez a la semana	(5) una vez al día	(6) varias veces al día	(9) ns/nc
----------	-----------------------------	---------------------------	--------------------------------	--------------------	-------------------------	-----------

21. Consumía cannabis antes de empezar su tratamiento actual de metadona?

(1) no	(2) si, pero menos de una vez al mes	(3) si, alguna vez al mes	(4) si, alguna vez a la semana	(5) si, una vez al día	(6) si, varias veces al día	(9) ns/nc
--------	--------------------------------------	---------------------------	--------------------------------	------------------------	-----------------------------	-----------

22. Indique los principales inconvenientes para continuar con su tratamiento de metadona (puede señalar mas de una opción)

(1) ninguno	(2) dependencia a la metadona, que es otra droga	(3) horarios de dispensación incompatibles con actividad laboral	(4) seguir viendo a personas consumidoras	(5) cansancio, aburrimiento, estar harto/a	(6) falta de efectividad, no sirve para nada
7) problemas en la respuesta sexual		8) otros problemas (especificar)			9) ns/nc

23. Qué ventajas le ve a la retirada de de metadona (puede señalar más de una opción)

(1) ninguna en particular	(2) no necesitar ninguna droga. Sentirme curado	(3) no estar pendiente de la recogida, horarios...	(4) no tener que hacer controles de orina	(5) mejorará la relación con mi familia	(9) ns/nc
---------------------------	---	--	---	---	-----------

24. Siente algún tipo de temor al proceso de retirada de la metadona?

(1) nada en absoluto	(2) muy poco	(3) regular	(4) bastante	(5) mucho	(9) ns/nc
----------------------	--------------	-------------	--------------	-----------	-----------

Estudio sobre Factores Psicológicos Asociados
a la Efectividad en la Retirada de Metadona

2007 - 2009

OBSERVACIONES DEL EVALUADOR:

Modo de convocatoria para la evaluación:

- ☐ Cita previa
- ☐ Tiempo de dispensación
- ☐ Otro (especificar):

Nº de sesiones y Orden de la aplicación:

Tiempo Total empleado:

Dificultad percibida para el paciente evaluado:

(1: muy baja/baja; 2: regular/media; 3: alta/muy alta)

Otras observaciones

1b. PROTOCOLO FINAL

Estudio sobre Factores Psicológicos Asociados a la Efectividad
en la Retirada de Metadona. 2007 - 2009

INFORME SOBRE LA DESINTOXICACIÓN DE METADONA (IDM)

(Versión Junio 07)

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN:

1. El Informe hay que entregarlo, junto con el resto de protocolos de la evaluación inicial, al final del proceso ya sea por interrupción de la desintoxicación o por haber llegado a dosis cero, con el periodo de seguimiento que corresponda (hasta un máximo de 6 meses).
2. Se debe cumplimentar el informe sólo en aquellos casos que hayan sido evaluados al inicio del proceso de retirada de metadona incluidos en el estudio y que por tanto, hayan firmado el CONSENTIMIENTO INFORMADO.
3. Es imprescindible anotar el Código RAD, ya que sin ese dato no se podrán relacionar las variables del Informe con las de la evaluación inicial.
4. El ítem 3 (tiempo continuado) se refiere al tiempo transcurrido desde la última entrada en PM según el código RAD.
5. Como intentos previos de desintoxicación de metadona (ítem 4) se considerará el criterio temporal de tres meses desde el final del último intento de desintoxicación.
6. En el ítem 7 no debe tenerse en cuenta la evaluación propia del estudio empírico que se está realizando.

7. El ítem 13 recoge el desarrollo del proceso por fases, pero no todos los pacientes lo inician en la misma fase. Se debe reflejar la clínica del S.A.O. SÓLO A PARTIR DE LA FASE QUE CORRESPONDA EN FUNCIÓN DE LA DOSIS DE PARTIDA. Ej: si un paciente inicia la desintoxicación de metadona a partir de una dosis estable de 20 mg/día. Únicamente se cumplimentaría la última columna (Final: Dosis<25mg.)
8. En el ítem 19, la segunda opción de respuesta (Seguimiento previo Alta Definitiva) incluye el seguimiento realizado tanto desde el propio Programa de Metadona como desde el Programa Libre de Drogas o cualquier otro programa que se desarrolle en el Centro. Únicamente se optará por la respuesta tercera (Derivación a Programa Libre de Drogas) cuando el paciente INICIE dicha modalidad de tratamiento. En este caso, la retirada de metadona se consideraría un procedimiento farmacológico (como otro cualquiera) de desintoxicación en una primera fase del PLD.
9. Como criterio de RECAÍDA (ítem 20) se establece aquella situación de consumo de la droga principal constatada (clínicamente o a través de controles analíticos) tras el logro de la dosis cero, que requiera una nueva intervención terapéutica, ya sea el reinicio de dosis de metadona, la prescripción de una desintoxicación y/o la derivación a cualquier otro programa o recurso. Consultar en caso de duda.

INFORME DEL PROCESO DE DESINTOXICACIÓN DE METADONA (I.D.M.)

Fecha del Informe: ____/____/____ **Realizador del Informe:** _____

1. Código usuario (RAD): ____ _ _ _ _
2. Centro de tratamiento: _____
3. Tiempo continuado de permanencia en PM: _____ años _____ meses
4. Intentos previos de Desintoxicación de Metadona durante el actual PM: Nº: _____
5. Fecha de inicio _____ y final _____ de la actual Desintoxicación de Metadona
6. Prescripción de la Desintoxicación de Metadona.
 - ☐ A petición propia del usuario, sin acuerdo de todo/parte del Equipo
 - ☐ A petición del usuario, con acuerdo del Equipo
 - ☐ A propuesta del Equipo (todo o parte) con acuerdo del usuario
 - ☐ Otras posibilidades (especificar):
7. Evaluación previa a la desintoxicación (puede señalar más de una opción).
 - ☐ Ninguna
 - ☐ Médica
 - ☐ Psicológica
 - ☐ Social
8. Dosis Media de metadona durante los 6 últimos meses del PM
 - ☐ < 25 mg.
 - ☐ 25-50 mg.
 - ☐ 51-75 mg.
 - ☐ 76-100 mg.
 - ☐ 101-150 mg.
 - ☐ >150 mg.
9. Dosis al inicio de la Desintoxicación de Metadona
 - ☐ < 25 mg.
 - ☐ 25-50 mg.
 - ☐ 51-75 mg.
 - ☐ 76-100 mg.
 - ☐ 101-150 mg.
 - ☐ > 150 mg.
10. Tipo de dispositivo donde se realiza la desintoxicación de metadona
 - ☐ Ambulatorio
 - ☐ Ambulatorio y posterior hospitalario
 - ☐ Hospitalario
 - ☐ Otros (especificar):

11. Sustancias a desintoxicar simultáneamente con metadona (puede señalar mas de una opción)

- ☐ Ninguna
- ☐ Cocaína
- ☐ Benzodiacepinas
- ☐ Alcohol
- ☐ Cánnabis
- ☐ Otras (especificar):

12. Procedimiento bio-médico utilizado para la desintoxicación de metadona (Puede señalar más de una opción)

- ☐ Reducción gradual de la dosis de metadona:
- ☐ Tratamiento farmacológico específico (detallar):
- ☐ Tratamiento farmacológico concomitante (detallar):
- ☐ Otros (detallar):

13. Clínica del S.A.O. (metadona): Divida el proceso de Desintoxicación de Metadona en 4 periodos: Inicial, Medio, Ultimo y Final. Señale a continuación con una **X** los síntomas observados:

	Inicial Dosis > 100 mg.	Medio 99 – 50 mg.	Ultimo 49- 25 mg.	Final Dosis< 25 mg.
Ansiedad				
Bostezos				
Lagrimo				
Rinorrea				
Sudoración				
Midriasis				
Piloerección				
Dolores O-M				
Irritabilidad				
Insomnio				
T.A.:>160/95				
Aumento de temperatura				
Pulso > 90l/min				
Taquipnea				
Náuseas				
Depresión				
Vómitos				
Diarrea				
Calambres musculares				
Fiebre				
Disfunciones sexuales				
Otros (especificar):				

14. Frecuencia de consumo de sustancias durante la Desintoxicación de Metadona

	NS/NC	Abstinencia	Esporádico / Ocasional	Regular	Habitual
Heroína					
Cocaína					
Benzodiacepinas (*)					
Cannabis					
Alcohol					
Otras:					

(*) Incluir las benzodiacepinas consumidas por prescripción facultativa

15. Intervención psicológica durante la Desintoxicación de Metadona (ambulatoria)

- ☐ No
☐ Si

	OCASIONAL	REGULAR
INDIVIDUAL		
GRUPAL		

16. Intervención social durante la Desintoxicación de Metadona

- ☐ No
☐ Si

	OCASIONAL	REGULAR
Trabajador/a Social		
Educador/a		
Otros:		

17. Motivo de finalización de la Desintoxicación de Metadona

- ☐ Logro de dosis cero
☐ Interrupción del proceso

18. Causas de la interrupción del proceso (si procede). Puede señalar más de una opción.

- ☐ Complicaciones bio-médicas (especificar): _____
☐ Complicaciones psicológicas (especificar): _____
☐ Complicaciones socio-familiares y/o laborales (especificar): _____
☐ Consumo de sustancias:
 ___ Heroína ___ Cocaína ___ Alcohol ___ Cánnabis
☐ Consumo extraterapéutico de:
 ___ Benzodiazepinas ___ Metadona
☐ Otros: _____

19. Intervención a partir de dosis cero de metadona (   lo es válida una opción)

- ☐ Alta Definitiva sin periodo de seguimiento
☐ Seguimiento previo al Alta Definitiva (indique el periodo máximo de seguimiento):
 ___ 1 mes; ___ 3 meses; ___ 6 meses
☐ Derivación a Programa Libre de Drogas
☐ Otras derivaciones (especificar): _____
☐ Otras: _____

20. En caso de recaída en el consumo de heroína después de alcanzar la dosis cero, indique el momento en que ésta se haya producido (durante los 6 primeros meses de seguimiento):

- ☐ No ha habido recaída
☐ 1er. Mes
☐ 1-3 meses
☐ 3-6 meses

Estudio sobre Factores Psicológicos Asociados a la Efectividad
en la Retirada de Metadona. 2007 - 2009

REGISTRO DE REDUCCIÓN DE DOSIS DE METADONA

Centro: _____

Código RAD: _____

Fecha inicio Desintoxicación de Metadona: ____/____/____

Fecha finalización: ____/____/____

Semana	1ª	2ª	3ª	4ª
Dosis (mg/día)				

Semana	5ª	6ª	7ª	8ª
Dosis (mg/día)				

Semana	9ª	10ª	11ª	12ª
Dosis (mg/día)				

Semana	13ª	14ª	15ª	16ª
Dosis (mg/día)				

Semana	17ª	18ª	19ª	20ª
Dosis (mg/día)				

Semana	21ª	22ª	23ª	24ª
Dosis (mg/día)				

Semana	25ª	26ª	27ª	28ª
Dosis (mg/día)				

Semana	33ª	34ª	35ª	36ª
Dosis (mg/día)				

Semana	--	--	--	--
Dosis (mg/día)				

Estudio sobre Factores Psicológicos Asociados a la Efectividad
en la Retirada de Metadona. 2007 - 2009

OBSERVACIONES DEL EVALUADOR (IDM):

CENTRO: _____

Código RAD: _____

1. Patologías relevantes diagnosticadas previamente al inicio de la retirada de metadona y medicación ad hoc.

2. Patologías relevantes diagnosticadas durante el proceso de retirada de metadona y medicación ad hoc.

3. Valoración de la adhesión terapéutica (asistencia consulta; seguimiento prescripción farmacológica; seguimiento pautas complementarias...)

	Baja	Moderada	Alta
Durante PM			
Durante Desintoxicación Metadona			

2. Incidencias durante el proceso de reducción

2. COORDINACIÓN INTERCENTROS

2.1 CENTROS Y PROFESIONALES COLABORADORES

CENTROS	PROFESIONALES COLABORADORES
ALCALA DE HENARES	1. CARMEN COSTUMERO MARTÍN 2. ISABEL FERRERUELA CAÑERO 3. CRISTINA LINARES AIRES 4. ALFONSO VAZQUEZ MOURE
ALCORCÓN	5. FERNANDO DE ARCE GUERRA 6. ESTHER BERGAZ ROLDÁN 7. NIEVES LÓPEZ GARCÍA 8. ICIAR CLAUDIO
ARANJUEZ	9. GLORIA MORENO ORTEGA 10. YANET DUEÑAS PAREJA
ARGANDA	11. VICTOR BLANCO PÉREZ 12. PILAR SAN JUAN SANZ 13. SONSOLES GUIO FONTES
COLLADO-VILLALBA	14. FERNANDO SENENT MARSAL 15. MAR GUTIERREZ VIVAS
COSLADA	16. PILAR MORENO PALANCAR 17. RAMÓN LLAVERO SÁNCHEZ
LEGANÉS	18. JUAN OLCOZ GAMBARTÉ 19. M. CRUZ JIMÉNEZ MARTÍN
MORATALAZ	20. JUAN JESÚS HERNÁNDEZ GONZALEZ-NICOLAS 21. GUSTAVO MOLINA RODRIGUEZ 22. JAVIER PALENCIA RAMIREZ 23. BEGOÑA GARRIDO UREÑA
MÓSTOLES - CAID	24. SUSANA MARTÍNEZ-OSORIO DEL RIO 25. GUILLERMO GABARAIN BERISTAIN
PARLA	26. MILAGROS RETA ARAMBURU 27. MARISA GONZÁLEZ SÁNCHEZ 28. M. JESÚS RODRIGUEZ NARANJO 29. PILAR ALMARAZ
SAN BLAS. CAID ESTE	30. CRISTINA GAÑAN DÍAZ 31. ELENA LOSADA GONZÁLEZ
SAN FERNANDO	32. JOSÉ ARTOLAZÁBAL LARENA 33. AMPARO CARRERAS ALABAU
TETUÁN. CAID NORTE	34. JOSÉ MORANTE DEL PERAL 35. ANGELES MORIN RODRIGUEZ
TORREJÓN	36. FRANCISCO POYATO BODEGA
USERA. CAID SUR	37. CELIA DEL PINO LIDÓN 38. NIEVES PALACIO GARCÍA

2.2 COORDINACIÓN AGENCIA ANTIDROGA

A/A : Coordinador/a Centro de Atención Integral a Drogodependientes

DE: Manuel Rivero Del Valle
Jefe del Servicio de Asistencia y Reinserción
Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid

Me pongo en contacto con vosotros para comunicaros el inicio de un trabajo de investigación realizado por nuestra compañera, la psicóloga del CAID de San Fernando de Henares, Amparo Carreras.

Me produce una gran satisfacción comprobar el interés por investigar cuando, como en este caso, se enlaza con la experiencia de la clínica diaria.

El nuevo proyecto, presentado y valorado positivamente por la Agencia, es una continuación del estudio de 2002 sobre el consumo de benzodiacepinas entre los usuarios de los programas de metadona. En esta ocasión, además del consumo de fármacos, se van a analizar otras variables, supuestamente asociadas con el éxito terapéutico en dichos programas. El proceso que se pretende evaluar es el de la retirada de la metadona como fase final previa al Alta por fin de tratamiento, por tanto la población sobre la que se va a trabajar son todos aquellos pacientes en tratamiento que inicien un proceso de retirada de metadona. Para acceder a dicha población y poder contar con una muestra suficientemente amplia, es necesario contar con la participación de todos los centros que prescriben este fármaco.

La colaboración solicitada a los centros no parece que vaya a interferir con la actividad habitual, sólo se requiere una evaluación pre-retirada y un informe tras la finalización del proceso. El tiempo para la recogida de datos está previsto a lo largo del año 2007

Con objeto de poder presentar con mayor detalle el proyecto de investigación y recoger todas aquellas recomendaciones y sugerencias que se consideren oportunas, así como la previsión de posibles dificultades en la planificación del proceso de recogida de datos, os convocamos:

A una reunión informativa el 29 de Noviembre a las 12 de la mañana en la Agencia Antidroga,

Gracias por vuestra colaboración.

Madrid, 8 de Noviembre de 2006

Fdo: Manuel Rivero del Valle
Jefe del Servicio de Asistencia y Reinserción

REUNIÓN INFORMATIVA PARA COORDINADORES

CONVOCADOS: Directores y/o coordinadores de los Centros Asistenciales

FECHA: 29 DE Noviembre de 2006

HORARIO DE 12,00 A 14,00 HORAS

LUGAR: Planta 3ª de Julia Camarillo 4 Sala 3.3 (la mejor forma de llegar es coger el ascensor que está más cerca de la Gerencia y al salir del ascensor a la izquierda).

ORDEN DEL DÍA

- 1.- Presentación, a cargo de Manuel Rivero, del Proyecto de investigación
- 2.- Breve exposición de los resultados del Estudio del 2002 *“Adición a las Benzodicepinas en usuarios en programas de metadona”*
3. Presentación del nuevo proyecto de investigación *“Factores psicológicos asociados a la efectividad en la retirada de metadona”* Amparo Carreras Psicóloga Clínica de Caid San Fernando de Henares
4. Propuesta de colaboración: Participación de 1 médico y un psicólogo de cada centro convocado
5. Debate

REUNIÓN INFORMATIVA PARA TÉCNICOS

CONVOCADOS: Un médico y un psicólogo de cada centro asistencial que colabore en el estudio de investigación

FECHA: Martes 5 de Diciembre de 2006

HORARIO DE 11,30 A 14,00 HORAS

LUGAR: Planta 1ª de Julia Camarillo 4 en el Aula de la Agencia Antidroga

ORDEN DEL DÍA

- 1.- Presentación del proyecto de investigación *“Factores psicológicos asociados a la efectividad en la retirada de metadona”* Amparo Carreras Psicóloga Clínica del CAID de San Fernando de Henares
- 2.- Explicación del instrumento de evaluación y Procedimiento de recogida de los datos: participación de los técnicos de los centros
4. Debate

2.3 COORDINACIÓN CENTROS

Estudio sobre Factores Psicológicos Asociados a la Efectividad en la Retirada de Metadona. 2007 - 2009

REGISTRO DE CENTROS PARTICIPANTES

CENTRO DE TRATAMIENTO:

UBICACIÓN:

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA:

- ☐ Comunidad de Madrid
- ☐ Municipal
- ☐ Otra (especificar)

COMPOSICION DEL EQUIPO TÉCNICO Y PERSONAL EN PROGRAMA DE METADONA:

<u>Profesión</u>	<u>Total nº</u>	<u>Técnicos TMM</u>	<u>Colaboran en estudio</u>
------------------	-----------------	---------------------	-----------------------------

- ☐ Médicos:
- ☐ Psicólogos:
- ☐ D.U.Es.:
- ☐ T. Sociales:
- ☐ Educadores:
- ☐ Monitores:
- ☐ Otros:

COORDINADOR/A (DIRECTOR/A) DEL EQUIPO

- Nombre:
- Profesión:

Nº TOTAL DE USUARIOS EN PROGRAMA DE METADONA (Final año 2006):

SERVICIOS OFERTADOS EN PM:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dispensación de Metadona | <input type="checkbox"/> Trabajo Social |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Médica | <input type="checkbox"/> Orientación Forma/Laboral |
| <input type="checkbox"/> Asistencia de Enfermería | <input type="checkbox"/> Asesoría Jurídica |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Psicológica | <input type="checkbox"/> Otros (especificar): |

Nota: Una vez cumplimentado, reenviar este impreso por correo electrónico en el momento de recibir la documentación. No será necesario repetir el envío.

2.4 ACTA REUNION

Estudio sobre factores psicológicos asociados a la efectividad en la retirada de metadona

Conclusiones de la Reunión de Coordinación Intercentros

(12 de Diciembre 2007. 12:00 horas. Agencia Antidroga)

- 1. Actualización de coordinadores y técnicos de los centros colaboradores en el estudio**
Se adjunta tabla con actualizaciones. (Por favor, reenviar con correcciones).
- 2. Repaso de los acuerdos y modificación de algunos protocolos según conclusiones de la reunión de Junio / 07**
 - Autoinforme (protocolo inicial)
 - Instrucciones IDM (protocolo final)
 - Observaciones del evaluador (protocolo final)
 - Registro de reducción de dosis de metadona (protocolo final)
- 3. Centros asistentes a la reunión:**
 - Alcalá; Alcorcón; Getafe; Leganés; Parla; San Fernando; San Sebastián de los Reyes; Torrejón; CAID Móstoles; CAID Norte (Tetuán); CAID Sur (Usera); Moratalaz; Centro Dr. Santero.
- 4. Centros que mandaron datos recogidos durante el periodo 1/1/07 al 30/11/07**
 - Alcalá; Alcorcón; Aranjuez; Arganda; Collado Villalba; Coslada; Fuenlabrada;; Leganés; Parla; San Fernando; Torrejón; CAID Móstoles; CAID Norte (Tetuán); CAID Sur (Usera); Moratalaz; CAID Este (San Blas)
- 5. Resultado actual de la recogida de datos:**
 - Nº. de centros con algún caso iniciado: 14
 - Nº de centros sin casos de momento: 7
 - Nº de centros sin datos: 3
 - Total Centros: 24**
- 6. Recuento**
 - Nº de pacientes que cumplen criterio de inclusión (población diana): 101
 - Nº de sujetos que firman el Consentimiento Informado (población estudio: 61
 - Nº de pacientes ya evaluados con protocolo inicial: 57
 - Nº de pacientes en proceso de evaluación inicial: 4
 - Nº de pacientes ya evaluados con protocolo final: 27
 - Nº de pacientes en proceso de retirada de metadona: 30
 - Nº de pacientes que interrumpen antes de dosis cero: 15
 - Nº de pacientes en proceso de seguimiento tras dosis cero: 12
 - Nº de pacientes que recaen: 1

Resumen de casos

Mortalidad:	40 pacientes (39,6%).
Casos del estudio:	61 pacientes
Casos cerrados:	27 pacientes
Casos en proceso:	34 pacientes

Avance de resultados parciales:

De los 61 pacientes del estudio, 16 (26, 23%) han fracasado en el proceso de la retirada de metadona; 15 antes de llegar a dosis cero, y 1 tras la dosis cero.

7. CONCLUSIONES

1ª. En la mayoría de los centros que no cuentan todavía con casos para incluir en el estudio, se ha producido una situación de cambio de técnicos y, en el peor de las situaciones, de ausencia de personal médico. A estos centros se les recuerda que pueden incorporarse al estudio en el momento que esas situaciones se resuelvan y cuenten con pacientes en proceso de desintoxicación de metadona.

2ª. Todos los casos de mortalidad (los pacientes incluidos en el estudio que no llegan a finalizarlo), se han producido en la fase inicial: desde la propuesta de participar hasta la firma del consentimiento informado. El problema no parece radicar tanto en una negativa a participar en la investigación por parte del paciente, como en algunas dificultades detectadas a la hora de pasar los cuestionarios de la evaluación inicial. Estas dificultades pueden ser debidas a varios factores:

- Falta de motivación o interés por parte del paciente
- Incompatibilidad horaria o no disponibilidad de tiempo suficiente por parte del paciente
- Incomodidad por tener que acudir a una cita con un profesional que no sea el médico, a quien se pide directamente la reducción de dosis de metadona
- Desconocimiento o falta de confianza con el profesional correspondiente (generalmente el/la psicólogo)
- Dificultades de coordinación entre médico y psicólogo/a
- No disponibilidad de otros profesionales alternativos al psicólogo/a (educador, trabajador social, enfermera/o) e imposibilidad de realizar la evaluación inicial el propio médico

Al identificar diversas variables, se sugiere como recomendación general, intentar en todos los centros y por parte de los técnicos directamente vinculados al estudio, reducir en la medida de lo posible estas cifras, ensayando los procedimientos que parezcan más oportunos según las circunstancias particulares de cada equipo. Lamentablemente no se puede contar con un incentivo económico para los participantes, como muy bien sugirió una compañera.

3ª. La valoración sobre el nº de pacientes que componen la muestra al final del primer año de la recogida de datos, es positiva (61 pacientes). Y se aprecia la posibilidad de incrementarla en periodos futuros si se consigue reducir la mortalidad de casos en la primera fase. La duración del estudio es de 3 años. La fase de recogida de datos está prevista hasta finales de 2008, pero se puede prolongar un año más en el caso de no contar con una muestra suficiente en el plazo fijado. Se considera una muestra suficiente a partir de 100 casos válidos (lo que supone unos 150

casos reales), pero cuantos más se sumen a estas cifras, mayor fiabilidad en los resultados de la investigación. Lo ideal sería contar con una muestra de aproximadamente 300 pacientes.

4ª. La última cuestión debatida hizo referencia al criterio **“Interrupción del proceso de desintoxicación”**, al considerar algunos casos que se estabilizaban en dosis (normalmente bajas) durante un plazo de tiempo prolongado. Se cuestionaron 2 puntos:

1º) Si los tres meses fijados para considerar el reinicio de la reducción como UN NUEVO PROCESO DE DESINTOXICACIÓN DE METADONA, era un plazo demasiado breve para considerar el proceso interrumpido,

2º) Si era imprescindible en cada reinicio, volver a pasar el protocolo inicial de evaluación, ya que este asunto se consideraba extremadamente dificultoso y probablemente haría que perdiéramos bastantes pacientes del estudio. Además, parece que hay casos en los que el periodo de desintoxicación puede tener estas características (“parones” de varios meses, para continuar después rebajando la dosis), por lo que se proponía considerar esta situación como un solo proceso de desintoxicación.

Como necesariamente hay que fijar un plazo que limite claramente un proceso de desintoxicación de otro, **finalmente se modificó el intervalo necesario entre ambos eventos en 6 MESES**, CUMPLIMENTANDO EN ESE PERIODO EL PROTOCOLO FINAL, pero SIN NECESIDAD DE VOLVER A EVALUAR CON EL PROTOCOLO INICIAL en caso de que el mismo paciente continuase reduciendo tras ese periodo.

Adoptando este criterio, se podrán obtener datos parciales de los “parones” en aquellos casos con retirada muy prolongada de la metadona, porque se cumplimentarán tantos protocolos finales como interrupciones parciales se produzcan (cada 6 meses sin bajar la dosis), pero no será necesario repetir la evaluación inicial.

El objetivo es observar los “intentos repetidos de desintoxicación” y el plazo de observación estará limitado por el de duración del estudio (3 años).

Imaginamos que son casos extremos, pero aún así se considera importante no perder a estos sujetos en el estudio, porque pueden ofrecer información de interés.

La reunión finalizó a las 14:00 horas

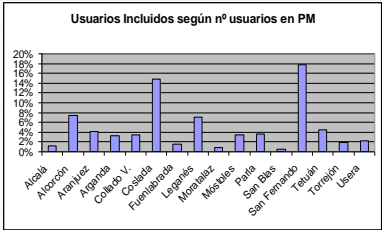
3. INFORME PRELIMINAR

Factores psicológicos asociados a la efectividad en la retirada de metadona

Estudio Preliminar de Supervivencia

Mayo-2008

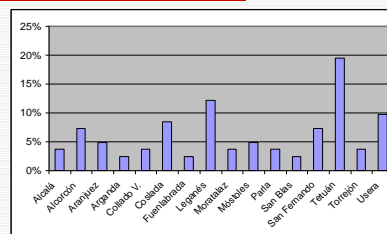
<p>Estudio sobre Factores Psicológicos Asociados a la Efectividad en la Retirada de Metadona</p> <p>Informe de Supervivencia Mayo – 2008</p> <p>Amparo Carreras CAID San Fernando de Henares</p>	<p>Perfil de los Sujetos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hombres y Mujeres <input type="checkbox"/> Mayores de edad <input type="checkbox"/> Con diagnóstico de dependencia a opiáceos <input type="checkbox"/> Que sigan un PM en centros ambulatorios <input type="checkbox"/> Que estén en PM antes del 01/01/2007 <input type="checkbox"/> Que inicien la retirada de metadona entre el 01/01/2007 y el 31/12/2009
--	---

<p>Total Usuarios Estudio</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nº de centros = 16 <input type="checkbox"/> Nº usuarios en PM a 31/12/2006 = 2. 710 <input type="checkbox"/> Nº usuarios con perfil del estudio = <input type="checkbox"/> Nº usuarios incluidos a 31/05/2008 = 82 <p>3%</p>	<p>Usuarios en el Estudio por Centro</p> <p>Usuarios Incluidos según nº usuarios en PM</p> 
---	--

Inclusión de Sujetos

Observaciones	Agosto 2007	Diciembre 2007	Mayo 2008
Nº de casos	51	64	82

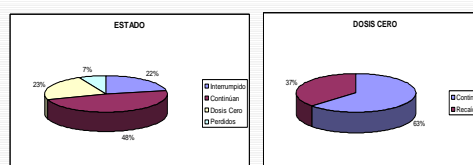
Distribución Nº Casos por Centros



Muestra

- N = 82
- Hombres = 76%
- Mujeres = 24%
- Edad: Media = 42,3 años
- Tiempo Metadona: Media = 57 meses

Distribución Estado de la Muestra



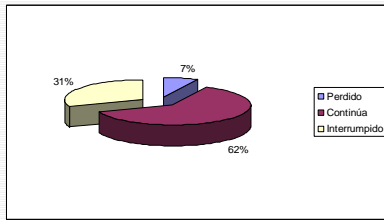
Distribución Muestra Dosis Cero

- SEXO
 - Hombre: 24,2%
 - Mujer: 20%
- EDAD
 - 26-35: 44,4%
 - 36-45: 16,5%
 - >46: 33,3%
- TIEMPO METADONA
 - < 3 años: 34,5%
 - 3-6 años: 28,6%
 - 6-9 años: 0%
 - > 9 años: 10%

Análisis Supervivencia

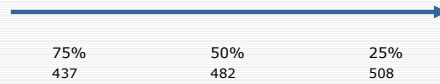
INCLUIDOS A partir de 01/01/2007	EVENTO INICIAL	EVENTO TERMINAL Ultima Observación (Hasta 31/12/2009)	TIEMPO DE SUPERVIVENCIA
Cumplen Perfil Y Consentimiento Informado	Evaluación + Inicio Retirada De Metadona	Casos perdidos	
		Interrupción Dx. Interrupción tras dosis cero (fracaso)	Tiempos completos
		Continúa Dx. Continúa tras dosis cero	Tiempos censurados (incompletos)

Estado en la Observación



Tiempo de Supervivencia

- Media: 15 meses (465 días)
- Mediana: 16 meses (482 días)
- Percentiles



Tiempo de Supervivencia

- Tasa de Interrupciones

Trimestre	Tasa de Impacto
1º	0
2º	0
3º	0,01
4º	0,04
5º	0,08
6º	0,25

Variables Predictoras

- SEXO: No hay diferencias significativas en el tiempo de supervivencia entre hombres y mujeres
- EDAD: El mayor tiempo de supervivencia se produce entre los 26 y 35 años pero la diferencia respecto a las otras franjas de edad no tiene significación estadística
- PERMANENCIA EN PM: No se observan diferencias significativas en función de los años de tratamiento con metadona

Conclusiones Preliminares

1. La proporción de sujetos incluidos en el estudio respecto a la población de referencia es del 3%. Falta por determinar la cifra respecto a la población diana
2. El porcentaje de casos perdidos está dentro de los límites permitidos
3. El porcentaje de casos que interrumpen el proceso de retirada de metadona es hasta el momento moderadamente bajo
4. Los sujetos de la muestra suelen mantenerse en el proceso de retirada de metadona unos 15 meses de promedio (incluidas las recaídas tras dosis cero)
5. Ninguna de las tres variables predictoras analizadas en el informe de mayo están relacionadas con la interrupción del proceso de retirada de metadona

16. REFERENCIAS

16. REFERENCIAS

- Abajo, F. J. (2001). Medications as a solution and a problem for public health. Brief overview of the pharmacoepidemiologic objectives. *Revista Española de Salud Pública*, 75(4), 281-283.
- Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid (AGAD), (2008). Memoria 2008. Madrid: Consejería de Sanidad.
- Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid (AGAD), (2009). Indicadores del consumo problemático de drogas en la Comunidad de Madrid. Año 2007. Madrid: Consejería de Sanidad.
- Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid (AGAD), (2011). Memoria 2011. Madrid: Consejería de Sanidad
- Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid (AGAD), (2011). Indicadores del consumo problemático de drogas en la Comunidad de Madrid. Año 2009. Madrid: Consejería de Sanidad.
- Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid (AGAD), (2011). Informe 2011. Servicio de Asistencia y de Reinserción. Sin publicar.
- Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid (AGAD, 2006). Memoria 2006. Madrid: Consejería de Sanidad.
- Álvarez, F.J., González-Saiz, F., Meana, J.J., Pineda, J. y Roncero, C. (2005). Documento de consenso de la Sociedad Española de Toxicomanías sobre el empleo y la disponibilidad de la buprenorfina para el tratamiento de la dependencia de opiáceos en España). *Trastornos Adictivos*, 7(1), 44-46.
- Álvarez, Y., Farré, M. (2005). Farmacología de los Opioides. *Adicciones*, 17(2), 21-40.
- Amato, L., Davoli, M., Perucci, C. A., Ferri, M., Faggiano, F. y Mattick, R. P. (2005). An overview as systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 321-329
- American Psychiatric Association (APA), (2002). DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Nueva York: Masson.
- Annis, H.M. y Chan, D. (1983). The differential treatment model: empirical evidence from a personality typology of adult offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 10, 159-173.
- Arce, R., Díaz, E. y Justo, A. (2003). Efectos del tratamiento de la dependencia a la heroína en la anomia, alienación y autoconcepto. *Adicciones*, 15(3), 221-228.
- Arias, F., Castillo, C., Roncero, C., Rovira, M.A. y Secades, R. (2008). Opiáceos. Guías Clínicas basadas en la evidencia científica. En: Fernández-Miranda (Ed.). Valencia: Sociodrogalcohol.

- Astals, M., Domingo-Salvany, A., Castillo, C. Tato, J., Vazquez, J.M., Martín Santos, R. y Torrens, A. (2008). Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life heroin users seeking treatment. *Subs Use and Misuse*, 43(5), 612-632
- Back, S.E., Gentilin, S. y Brady, K.T. (2007). Cognitive-behavioral stress management for individual with substance use disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(8), 662-668
- Ball, J.C. y Ross, A. (1991). *The effectiveness of methadone maintenance treatment. Patients, programs services and outcome*. New York: Springer-Verlag
- Ball, J.C., Graff, H. y Sheehan, J.J. (1974). The heroin addicts' view of methadone maintenance. *BR J Addict Alcohol Other Drugs*, 69, 89-95.
Baltimore: The John's Hopkins University Press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-295
- Bandura, A. (1978). The self-system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33, 344-358
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147
- Bandura, A. (1986). Social foundation of thought and action: a social cognitive theory. Prentice-Hall: Englewood Cliffs.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman
- Baño, M.D. (2003). Tratamiento de sustitución con buprenorfina (Subutex): modelo de aplicación de una experiencia piloto en la Comunidad de Madrid. *Trastornos Adictivos*, 5(4), 303-308.
- Baño, M.D., López-García, M.L. y Guillén, J.L. (2003). Uso de buprenorfina en desintoxicación del mantenimiento con metadona. *Trastornos Adictivos*, 5(3), 223-228.
- Barlow, D.H., Bellack, A.S., Buchwaldam, A.M., Graftold, S.L., Hartman, D.P., Herman, C.P. y Wolpe, J. (1983). Alcoholism studies. *Science*, 220, 554-556.
- Barthwell, A. y Gastfriend, D.R. (1997). Tratamiento de la politoxicomanía. En Parrino, M.W. *Manual de tratamiento con metadona*. Barcelona: Grup IGIA
- Basaglia, F. (1975). Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial. Barcelona: Barral.
- Batlle, F. y Guardia, J. (2009). Abuso de sustancias en tratamientos de mantenimiento con metadona. Manejo clínico. En Colom, I. y Duro, P. (Eds.), *Tratamiento de mantenimiento con metadona. Manual de práctica clínica* (pp. 109-120). Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- Bayés, R. (1995). Sida y Psicología. Barcelona: Martínez Roca.
- Becoña, E. (1991). Tratamiento psicológico de la adicción al tabaco. En Buela-Casal, G., Caballo, V.E. (1991). *Manual de psicología clínica aplicada* (pp. 366-381), Madrid: Siglo XXI.

- Becoña, E. y Cortés, M. (2008). Guía Clínica de intervención psicológica en adicciones. Valencia: Sociodrogalcohol.
- Bell, J. (2000). Quality improvement for methadone maintenance treatment. *Substance Use Misuse*, 35, 1735-56.
- Bilbao, I., Lozano, O., Ballesta, R. y González-Saiz, F. (2009). *Trastornos Adictivos*, 11(4), 257-265.
- Bobes, J., González, M.P., Bascarán, M.T., Saiz, P.A. y Bousoño, M. (2002). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Barcelona: Ars Médica
- Bobes, J., González, M.P., Saiz, P.A., Bascarán, M.T., Iglesias, C. y Fernández, J.M. (2000). Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema*, 12(1), 107-112.
- Bramness, J.G. y Kornor, H. (2007). Benzodiazepine prescription for patients in opioid maintenance treatment in Norway. *Drug Alcohol Dependence*, 90(2-3), 203-209
- Brands, B., Blake, J., Marsh, D.C., Sproule, B., Jeyapalan, R. y Li, S. (2008). The impact of benzodiazepine use on methadone maintenance treatment outcomes. *Journal Addictive Diseases*, 27, 37-48
- Broadbent, D.E. (1958). Perception and communication. Oxford: Pergamon Press.
- Brodsky, A. y Peele, S. (1991). A.A. abuse. *Reason*, 22 (9), 34-36.
- Buela-Casal, G. y Caballo, V. (1991). Manual de psicología clínica aplicada. Madrid: Siglo XXI.
- Buela-Casal, G. y Caballo, V. (1991). *Trastornos del Sueño*. En Buela-Casal, G. Caballo, V. (Eds.). Manual de Psicología Clínica Aplicada (pp.189-241). Madrid: Siglo XXI
- Bueno, A.M. y Buceta, J.M. (1987). Métodos y variables en la evaluación del insomnio: revisión de estudios en los que se ha abordado la modificación comportamental del problema. *Revista Española del Comportamiento*, 5(2), 137-156
- Buning, E., Van Brussel, G. y Van Santen, G. (1995). El impacto de la política de reducción de daños en la prevención del SIDA en Ámsterdam. En O'Hare, P.A, Newcombe, R., Matthews, A., Buning, E.C., Drucker, E. (Eds.). *La reducción de los daños relacionados con las drogas* (pp. 59-68). Barcelona: Grup IGIA.
- Busto, U.E. (2000). Factores de riesgo en el abuso y la dependencia a benzodiazepinas. *Trastornos Adictivos*, 2(3), 177-182
- Caballo, V. y Buela-Casal, G. (1990). Técnicas de Modificación de Conducta en el Tratamiento de los Trastornos del Sueño. En: Buela-Casal y Navarro Humanes (Eds.), *Avances en la Investigación del Sueño y sus Trastornos* (pp. 403 – 423). Madrid: Siglo XXI.
- Cáceres, J. (1985). Alcoholismo y “beber controlado”: Historia de una polémica. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 2, 241-261.
- Cain, A. H. (1963). Alcoholics Anonymous: Cult or Cure? *Harper's Magazine*, 226, 48-52

- Carreño, J.E., Campos, R. y Bobes, J. (2005). Situación actual de los programas de desintoxicación, ¿Cuándo y cómo desintoxicar?. *Adicciones*, 7(2), 205-222.
- Carreras, A. (2005, Noviembre). Indicadores epidemiológicos y psicológicos de la adicción a benzodiazepinas en usuarios de programas de metadona. Comunicación presentada en los Encuentros de Profesionales en Drogodependencias y Adicciones. Chiclana de la Frontera, Cádiz. Recuperado el 28 de febrero de 2011 en: <http://www.dipucadiz.es/opencms/opencms/dipucadiz/areas/igualdad/dependencia/publicaciones/#9>
- Carreras, A. (2007). Consumo y adicción a benzodiazepinas en usuarios de programas de metadona. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo. Agencia Antidroga.
- Carreras, A. (2011). Intervenciones en el consumo de alcohol: De los grupos de autoayuda a la regulación de la propia conducta. ¿Métodos complementarios o antagonicos? *Clínica Contemporánea*, 2(3):249-269. Recuperado el 20 de octubre de 2011 en:
- Carreras, A. y Almendros, C. (2010, Julio). Propiedades psicométricas preliminares de la Escala de Problemas de Sueño (EPS) en población drogodependiente. Póster presentado en el VII Congreso Iberoamericano de Psicología. Oviedo.
- Carreras, A. y Carrobles, J.A. (2001, Junio). El problema de la adicción a psicofármacos en población drogodependiente: estudio del abordaje terapéutico de los trastornos de sueño y ansiedad en programas sustitutivos con metadona. Póster presentado en el 22 *International Conference Stress and Anxiety research Society*. Palma de Mallorca.
- Carreras, A. y Carrobles, J.A. (2004). Adicción a benzodiazepinas y calidad de vida en usuarios de programas de metadona. Título de Estudios Avanzados. Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid. Sin publicar.
- Casas, M., Roncero, C., Duro, P., Pinet, C. y Ribalta, E. (2001). Abordaje de la dependencia de opiáceos y Atención Primaria. *Psiquiatría y Atención Primaria*, 2, 4-12.
- Castaños, M. Cernuda, J.L., Del Pino, C. (2006). Estudio biopsicosocial retrospectivo de un programa de mantenimiento con metadona. Resúmenes de ponencias XXXIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. *Adicciones*: 127-128
- Castillo, C. (2009). *Take Home*. En Subdirección General de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública (Eds.). *Tratamiento de mantenimiento con metadona. Manual de práctica clínica* (pp. 103-108). Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- Cervera, G., Bolinches, F., Valderrama, J.C. y Martínez, J. (1999). Abuso, dependencia y patrones de consumo de benzodiazepinas en toxicómanos. En Casas et al. *Adicción a psicofármacos*. Bilbao. Ediciones Neurociencias, p: 171-184.

- Chen, K.W., Berger, C.C., Forde, D.P., D'Ádamo, C., Weintraub, E. y Gandhi, D. (2011). Benzodiazepine use and misuse among patients in a methadone program. Recuperado el 25 de noviembre de 2012 en:
- Chicharro, J. (2005). Variables indicadoras del tratamiento y evolución en pacientes drogodependientes. Su relación con rasgos de personalidad. Recuperado el 17 de mayo de 2011 en:
- Chicharro, J., Pedrero Pérez, E.J. y Pérez López, M. (2007). Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad: estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el MCMI-II. *Adicciones*, 19(2), 141-152.
- Chutuape, M.A., Jasinski, D.R., Fingerhord, M.I. y Stitzer, M.L. (2001). *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 27(1), 19-44.
- Climont, B. (2006). La desintoxicación en la polidrogodependencia: opiáceos + alcohol + cocaína + bzd. XXXIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. *Adicciones*, (pp.44)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd. Edit Hillsdale, N.J., Erlbaum (primera edición, 1977 New York: Academic Press).
- Cohen, S., Kamark, T., y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Coleman, P. (2005). Privilege and Confidentiality in 12-Step Self-Help Programs: Believing the promises could be hazardous to an addict's freedom. *The Journal of Legal Medicine*, 26 (4), 435-474.
- Colom, J. y Duro, P. (2009). *Tratamiento de Mantenimiento con Metadona. Manual de práctica clínica*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud.
- Comas, D. (2006). Comunidades Terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional. Madrid: Grupo GID.
- Cooper, D. (1967). *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Barcelona: Paidós.
- Correa, M., Abad, T., Hernández, J.J., Parra, A. Radinova, T. y Molina, G. (2008). Consumo de alcohol en pacientes en tratamiento sustitutivo con opiáceos medido con el cuestionario AUDIT y su relación con otros factores asociados. *Trastornos Adictivos*, 11(4), 278-283.
- Costa, M., López, E. (1986). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Crits-Cristoph, P., Beebe, K.L. y Connolly, M.B. (1990). Therapist effects in the treatment of drug dependence: Implication for conducting comparative treatment studies. In L.S. Onken & J.D. Blaine (Eds.), *Psychotherapy and Counselling in the Treatment of Drug Abuse*. NIDA Research Monograph serie, 104. Citado en Mino (1993).

- Cummings, C., Gordon, J.R. y Marlatt, G.A. (1980). Relapse: Prevention and prediction. En W.R. Miller (Eds.). *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity* (pp. 291-321). New York, Pergamon Press.
- Cushman, P. (1974). Detoxification of rehabilitated methadone patients: frequency and predictors of long term success. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1, 393-408.
- Cushman, P. (1978). Abstinence following detoxification and methadone maintenance treatment, *American Journal of Medicine*, 65, 46-52.
- Cushman, P. (1981). Detoxification after methadone maintenance treatment. *Annals New York Academy of Sciences*, 362, 217-230.
- Davies, D.L. (1962). Normal drinking in recovered alcohol addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 23, 94-104.
- De Dominicis, A. (1997). La comunidad terapéutica para los toxicodependientes. Roma: Centro italiano di solidarietà di Roma.
- De la Fuente, G., Brugal, M.T., Ballesta, R., Bravo, M.J., Barrio, G., Domingo, A., Silva, T. y Ambrós, M. (2005). Metodología del estudio de cohortes del Proyecto ITINERE sobre consumidores de heroína en tres ciudades españolas y características básicas de los participantes. *Revista Española de Salud Pública*, 79, (4), 475-491.
- De Las Cuevas, C., Sanz, E.J., De La Fuente, J.A., Padilla, J. y Berenguer, C. (2000). The severity of dependence scale (SDS) as screening test for benzodiazepine dependence: SDS validation study. *Addiction*, 95 (2), 245-250.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD), (2009). Heroína. Informes de la Comisión Clínica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD), (2009). Informe Heroína 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD), (2003). Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe Nº 6. Madrid: Ministerio del Interior
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD), (2011). Observatorio Español de la Droga y la Toxicomanía (OEDT). Informe 2011. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD), (2005). Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2004. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD), (2008). Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD), (2010). Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Delgado, M. y Doménech, J.M. (2007). Fundamentos de Diseño y Estadística. UD 7: *Investigación científica: Diseño de Estudios*. Barcelona: Signo
- Demmel, R. y Rist, F. (2005). Prediction of treatment outcome in a clinical sample of problem drinkers: self-efficacy and coping style. *Addictive Disorders and Their Treatment*, 4, 5-10.
- Des Jarlais D.C., Joseph HJ. y Dole VP (1981). Long term outcomes after termination from methadone maintenance treatment. *Annals of the New York Academy of Science*, 362, 231-38
- Díaz-González, E., Rodríguez-Campuzano, M.L., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez-Cervantes, M., Barroso, R. y Robles, S. (2005). Descripción de un instrumento de evaluación de competencias funcionales relacionadas con el VIH-Sida. *Revista Psicología y Salud*, 15 (1).
- Díaz-González, E., Rodríguez-Campuzano, M.L., Robles, S. y Moreno, D. (2003). El análisis contingencial como sistema analítico para la evaluación de competencias funcionales relacionadas con la prevención del VIH-Sida. *Revista Psicología y Salud*, 13 (2).
- Díaz-Marsá, M. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y otros. En Pérez de los Cobos J.C., Valderrama Zurián, J.C., Cervera Martínez, G., Rubio Valladolid, G. (Drs.). *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. (pp. 370-374). Madrid: Ed. Panamericana.
- Dickens, B.M., Doob, A.N., Warwick, O.H. y Winegard, W.C. (1982). Report of the Comité of Enquiry into allegations concerning Drs. Linda and Mark Sobell. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Dole, V.P. (1988). Implications of methadone maintenance for theories of narcotic addiction. *Journal of the American Medical Association*, 260, 3025-3029.
- Dole, V.P. y Nyswander, M. (1965). A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. *Journal of the American Medical Association*, 193, 80-84
- Dole, V.P. y Nyswander, M. (1967). Heroin addiction: a metabolic disease. *Archives of Internal Medicine*, 120, 19-24.
- Dole, V.P., Nyswander, M.E. y Kreek, M.J. (1966). Narcotic blockade. *Archives of Internal Medicine*, 118, 304-309.
- Doménech J.M. y Navarro J.B., (2008)b. *Regresión logística binaria, multinomial, de Poisson y binomial negativa* (4ª ed.) Barcelona: Signo.
- Doménech, J.M. y Navarro, J.B. (2008)a. *Análisis de la Supervivencia y modelo de riesgos proporcionales de Cox* (4ª ed.). Barcelona: Signo.
- Doménech, J.M., Navarro, J.B. (2008)c. *Regresión lineal múltiple con predictores cuantitativos y categóricos*. (4ª ed.). Barcelona: Signo.

- Domeque, N., Prieto, P., Nerín de la Puerta, I. y Conca, C. (2010). Tabaquismo en pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona. *Trastornos Adictivos*, 12(3), 102-108.
- Duro, P., Colom, J., Casas, M. (1995). Directrices actuales del tratamiento de mantenimiento con metadona. En Duro et al. *Avances en drogodependencias: tratamientos farmacológicos* (pp. 29-43). Barcelona: Neurociencias.
- Eklund, C., Mellin, L., Hiltunen, A. y Borg, S. (1994). Detoxification from methadone maintenance in Sweden: Long term outcome and effects on quality of life and life situation. *International Journal of the Addictions*, 29(5), 627-44.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E. y Lemma, P. (2008). Mantenimiento con diferentes dosis de metadona para la dependencia a opiáceos. En Biblioteca Cochrane Plus, Nº 2. Oxford.
- Fernández-Corres, B., Lalaguna, B., Rodríguez, C. y González-Pinto, A. (2000). *Trastornos Adictivos*, 2(1), 26-31.
- Fernández-Hermida, J.R. y Pérez-Álvarez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13(3), 337-344
- Fernández-Hermida, J.R. y Secades R. (2000). La evaluación de los programas de tratamiento en drogodependencias. Implicaciones profesionales para los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*, 77, 46-57.
- Fernández-Miranda, J.J. (2005). Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona. *Adicciones*, 17. 167-180.
- Fernández-Miranda, J.J. (2006). Metadona. Programas de mantenimiento con metadona. En *Guía para el tratamiento de la dependencia de opiáceos* (pp.424-425). Palma de Mallorca: Sociodrogalcohol.
- Fernández-Miranda, J.J. (2008). Opiáceos. Guías Clínicas Sociodrogalcohol basadas en la evidencia científica. Valencia: Sociodrogalcohol.
- Fernández-Miranda, J.J. y Pereiro, C. (2007). Guía Clínica para el tratamiento de la dependencia a opiáceos. Valencia: Sociodrogalcohol.
- Fernández-Miranda, J.J. y Pereiro, C. (2007). Tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos. En *Guía para el tratamiento de la dependencia de opiáceos* (pp. 45-63). Palma de Mallorca: Sociodrogalcohol.
- Fernández-Miranda, J.J., Arias, F., Castillo, C., Roncero, C., Rovira, M.A., y Secades, R. (2008). Tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos. En *Guías Clínicas Sociodrogalcohol Basadas en la evidencia científica. Opiáceos* (pp. 111-153). Valencia: Sociodrogalcohol.
- Fernández-Miranda, J.J., Gª-Portilla, M.P. y Saiz, P.A. (1999). Calidad de vida y severidad de la adicción en heroinómanos en mantenimiento prolongado con metadona. *Adicciones*, 11(1), 43-52.

- Fernández-Miranda, J.J., G^a-Portilla, M.P., Saiz, P.A., Gutierrez, E. y Bobes, J. (2001). Consumo de drogas ilegales y alcohol antes y a lo largo de 6 años de mantenimiento en metadona y variables relacionadas. *Adicciones*, 13(2), 170-198.
- Fernández-Sobrino, A., Fernández-Rodríguez, V. y López-Castro, J. (2009). Consumo de benzodiacepinas en una muestra de pacientes en programa de tratamiento con derivados opiáceos (PTDO). *Adicciones*, 21(2), 143-146.
- Fisher, B., Chin, A.T., Kuo, I., Kirst, M. y Vlahov, D. (2002). Canadian illicit opiate users' views on methadone and other opiate prescription treatment: an exploratory qualitative study. *Substance Use Misuse*, 37, 495-522.
- Forcada, F., Santos, P., Zamorano, M.C. y Pina, Y. (2001). Evaluación de la satisfacción en un programa de tratamiento con metadona. *Trastornos Adictivos*, 3, 295-296.
- Fox, R. (1967). A multidisciplinary approach to the treatment of alcoholism. *American Journal of Psychotherapy*, 123, 769-778.
- François, A., Marset, M., Mino, A. y Broers, B. (2003). Follow-up of substance abusers having left the heroin prescription program in Geneva. *Basic and Clinical Science, Bibliotheca Psychiatrica*, 170.
- Freixa, E. (1991). *Psiconeuroinmunología: El condicionamiento de las respuestas inmunitarias*. En Buela-Casal, G. y Caballo, V. Manual de psicología clínica aplicada. Madrid: Siglo XXI.
- García-Cabeza, A. y González-Rodríguez, A. (2003). Uso de buprenorfina en la desintoxicación del mantenimiento con metadona. *Trastornos Adictivos*, 5(3), 223-228.
- García-González, R. (1993). Algunas intervenciones psicológicas orientadas a la abstinencia en los dependientes de alcohol. *Anales de Psicología*, 9 (1), 43-51.
- García-Melón, M. (2010). El desarrollo de la personalidad por medio del lenguaje. Introducción al modelo funcional-contextual. *Prolepsis*, 5, 40-63.
- García-Rodríguez, O. (2008). Tratamiento conductual de la adicción a la cocaína. *Trastornos Adictivos*, 10(4), 242-251.
- Gentile, M.A. y Milby, J.B. (1992). Methadone Maintenance detoxification fear: A study of its components. *Journal of Clinical Psychology*, 48(6), 797-807.
- Girón, S. y Martínez-Delgado, J.M. (1998). Seguimiento de una muestra de heroinómanos a los seis años del tratamiento: relación del tiempo de permanencia con la evolución. *Revista Española de Drogodependencias*, 23(1), 25-34.
- Goeders, N.E. (2003). The impact of stress on addiction. *European Neuropsychopharmacology*, 13, 435-441.

- Goeders, N.E. (2004). Stress, motivation and drug addiction. *Current Directions in Psychological Science*, 13(1), 33-35.
- Goldbeck, R., Myatt, P. y Aitchison, T. (1997). End-of-treatment self-efficacy: a predictor of abstinence, *Addiction*, 13, 268-280.
- González-Duro, E. (1982). Distancia a la locura: teoría y práctica del Hospital de Día. Madrid: Fundamentos.
- González-Pardo, H. y Pérez-Álvarez, M. (2007). La invención de los trastornos mentales. Madrid: Alianza Editorial.
- González-Saiz, F., Ballesta, R., Bilbao, I., Lozano, O.M. y Gutierrez, J. (2009). Methadone-treated patients alter switching to buprenorphine in residential therapeutic community: an addiction specific assesment of quality of life. *Heroin Addict Related Clinical Problems*, 11(2), 9-20.
- Gossop, M., Darke, S. y Griffiths, P. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90(5), 607-614
- Gossop, M., Mardsen, J., Stewart, D. y Treacy, S. (2001). Outcomes after methadone maintenance and methadone reduction treatments: two-year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study. *Drug and Alcohol Dependence*, 62, 255-264
- Gossop, M., Powell, J., Avery, S., Grey, S. y Hajek, P. (1990). What the opiate addicts and cigarette smokers mean by cravin. A pilot study. *Drug and Alcohol Dependence*, 26, 85-87
- Gough, H.G. (1987). California Psychological Inventory administrator's guide. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Graña, J.L. y García-Álvarez (1993). Prevención de recaídas en drogodependencias. En Graña, J.L. (Ed.), *Conductas Adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 225-262). Madrid: Debate.
- Graña, J.L. y García-Álvarez (1993). Teorías explicativas de las drogodependencias. En Graña, J.L. (Ed.), *Conductas Adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 47-94). Madrid: Debate.
- Grupo Interdisciplinar de Drogas (GID, 1996). La reducción de riesgos como meta global. Madrid: GID.
- Guisado, J.A., Vaz, F.J. y Alarcón, J. (2002). Malestar psicológico y descontrol alimentario en drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 4(3), 157-160.
- Handelsman, L. y Aronson, M.J. (1992). The dysphoria of heroin addiction. *American Journal of Alcohol Abuse*, 18(3), 275-287.
- Harm Reduction Coalition (2008). Principles of harm reduction: what defines harm reduction in your agency or in your advocacy? The 7th National Harm Reduction Conference. Miami: HRC.

- Hartel, D., Selwyn, P.A., Shoenbaum, E.E., Klein, R.S. y Friedland, G.H. (1988). Methadone maintenance treatment and reduced risk of AIDS and AIDS-specific mortality in intravenous drugs users. Paper presented at the Fourth International Conference on AIDS. Stockholm, Sweden.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (Eds.). (2004). Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition. New York: Plenum Press.
- <http://www.biomedcentral.com/1471-244x/11/90>
- <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n3a2>.
- <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/150>
- Humphreys, K. y Kaskutas, L. A. (1995). World Views of Alcoholics Anonymous, Women for Sobriety, and Adult Children of Alcoholics/Al-Anon Mutual Help Groups. *Addiction Research & Theory*, 3(3), 231–243.
- Hunt, G. y Rosenbaum, M. (1998). “Hustling” within the clinic: consumer perspectives on methadone maintenance treatment. En Iniciardi, J.A., Harrison, L.D. (Eds.). *Heroin in the age of crack-cocaine* (pp. 188-214). California: Thousand Oaks C.A.
- Hyman, S.M., Fox, H., Hong, K.A., Doebrick, C. y Sinha, R. (2007). Stress and drug-cue-induced craving in opioid-dependent individuals in naltrexone treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 15(2): 134-143.
- Hyman, S.M., Hong, K.A., Chaplin, T.M., Dabre, Z., Comegys, A.D., Kimmerling, A. y Sinha, R. (2009). A stress coping profile of opioid dependent individuals entering naltrexone treatment: A comparison with healthy controls. *Psychological Addiction Behavior*, 23(4), 613-619.
- Hyman, S.M., Paliwal, P. y Sinha, R. (2007). Childhood maltreatment, perceived stress and stress-related coping in recently abstinent cocaine dependent adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(2), 233-238.
- Iraurgi, I. (2002). Instrumentos de Evaluación de la Calidad de Vida relacionada con la Salud en toxicomanías. En Iraurgi, I., González. *Instrumentos de evaluación en drogodependencias* (pp. 303-322). Madrid: Aula Médica.
- Iraurgi, I., Aizpurua, A., Pinilla, E., Marcos, J.J., Unda, J.J. y Ormaetxea, B. (2002). Consumo de sustancias durante un programa de mantenimiento con metadona. *Psiquiatria Biologica*, 9(3), 109-115.
- Iraurgi, I., Casas, A., Celorio, M.J. y Santos, M. (1999). Calidad de Vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de metadona. *Revista Española de Drogodependencias*, 24(2), 131-147.
- Johnson, V. E. (1973). *I'll quit tomorrow*. Nueva York: Harper y Row.

- Jones, M. (1968). *Beyond the therapeutic community: social learning and social psychiatry*. New Haven: Yale University Press.
- Junta de Andalucía (2002). *Protocolo de actuación conjunta entre equipos de salud mental de distrito y centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias*. Sevilla: Consejería para la igualdad y Bienestar Social.
- Kanfer, F.H. (1973). Behavior modification: An overview. En: C.E. Thoresen (Eds.) *Behavior modification in education. Seventy-second Yearbook of the National Society for the study of Education* (pp. 3-40). Chicago: University of Chicago Press.
- Kanof, P.D., Aronson, M.J. y Ness, R. (1993). Organic Mood Syndrome Associated with detoxification from methadone maintenance. *American Journal of Psychiatry*, 150(3), 423-428.
- Kantor, J.R. (1978). *Psicología Interconductual. Un ejemplo de construcción científica sistemática*. México: Trillas.
- Kleber, H.D. y Riordan, C.E. (1982). The treatment of narcotic withdrawal: a historical review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 43, 30-34.
- Koester, S., Anderson, K. y Hoffer, L. (1999). Active heroin injectors' perceptions and use of methadone maintenance treatment: clinical performance or self-prescribed risk reduction. *Substance Use Misuse*, 34, 2135-53.
- Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (1993). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Ladero, L. (2007). *Adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes HIV+ adscritos a un programa de mantenimiento con metadona [Tesis Doctoral]*. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid. Sin publicar.
- Ladero, L., Orejudo, S. Carrobles, J.A. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicoterapia*, 17(5), 575-581.
- Ladero, L., Orejudo, S. y Carrobles, J.A. (2010). Apoyo Social y adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+ en un programa de mantenimiento con metadona. Un estudio longitudinal. *Clínica y Salud*, 21 (1):21-23.
- Laing, R. (1960). *El Yo dividido*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Latowsky, M.D. (1996/1998). Mejoras en la desintoxicación del tratamiento de mantenimiento con metadona: relación entre los estados emocionales y la abstinencia prolongada. *Revista de Toxicomanías*, 14: 19-27.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

- Lega, L.I., Caballo, V.E., Ellis, A. (2002). Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual. Madrid: Siglo XXI.
- Leri, F., Bruneau, J. y Stewart, J. (2003). Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use. *Addiction*, 98, 7-22.
- Leri, F., Tremblay, A., Sorge, R.E. y Stewart, J. (2004). Methadone maintenance reduces heroin- and cocaine- induced relapse without affecting stress-induced relapse in a Rodent Model of poly-drug use. *Neuropsychopharmacology*, 29, 1312-1320.
- Liao, Y., Tang, J., Liu, T., Chen, X., Liu, X. y Hao, W. (2011). A pilot study of life events and mood disorders: Self-report survey in Chinese heroin-dependents individuals. *The American Journal on Addictions*, 20, 337-342.
- Lieberman, M.A., Yalom, I.D. y Miles, M.B. (1973). Encounter groups: First facts. Nueva York: Basic Books.
- Lligoña, A. (2000). Benzodiacepinas en toxicómanos: ¿Problema o solución? *Adicciones*, 12(4), 457-459.
- López-Torrecilla, F., Bulas, M., León Arroyo y R., Ramírez, I. (2005). Influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes. *Adicciones*, 17(3), 241- 249.
- López-Torrecilla, F., Peralta, I., Muñoz Rivas, M. J. y Godoy, J.F. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*, 15(2), 127-136.
- Lovibond, S.H. y Caddy, G. (1970). Discriminated aversive control in the moderation of alcoholics drinking behavior. *Behavior Therapy*, 1, 437-444.
- Luborsky, L., McLellan, A.T., Woody, G.E., O'Brien, C.P. y Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 38:1055-1063. Citado en Mino.
- Luengo, M.A., Romero, E. y Gómez-Fraguela, J.A. (2001). Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas. Santiago de Compostela: Ed. Compostelana S.A.
- Maddux, J., Desmond, D. y Costello, R. (1987). Depression in opioid users varies with substance use status. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 13(4), 375-385.
- Main, T. (1946). The Hospital as a Therapeutic Institution. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10, 66–70.
- March, J., Martín-Ruiz, E., Oviedo-Joekes, E., Rivadeneira A. y Rodríguez-Reinado, C. (2006). Percepción de usuarios de los Programas de tratamiento con metadona sobre accesibilidad y atención recibida de los equipos terapéuticos. *Adicciones*, 18(4), 359-370.
- Marlatt, G.A. (1978). Craving for alcohol, loss of control and relapse. En: P.E. Nathan, G.A. Marlatt y T. Lober (Eds.). *Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment* (pp. 271-314). New York and London: Plenum Press.

- Marlatt, G.A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas y M. Gossop (comps.) *Recaída y prevención de recaídas*. Sitges: Neurociencias.
- Marlatt, G.A. (1998). Harm Reduction. New York and London: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance Strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.
- Marset, M. (2005). Programas de prescripción de heroína. *Adicciones*, 17(2), 235-256.
- Marset, M. (2006). Clínica de la dependencia a opiáceos. En Pérez de los Cobos J.C., Valderrama Zurrián, J.C., Cervera Martínez, G. y Rubio Valladolid, G. (Drtes.). *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. (pp. 304-310). Madrid: Ed. Panamericana.
- Martin, W.R. y Jasinski, D.R. (1969). Psychological parameters of morphine dependence in man: tolerance, early abstinence, protracted abstinence. *Journal of Psychiatric Research*, 7, 9-17.
- Martínez-Delgado, M., Fernández-Repeto, M. y Ramírez-López, J. (2005). Tratamientos farmacológicos del abuso y dependencia de opiáceos. En Consejería para la igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía (Eds). *Guía práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la adicción a opiáceos* (pp. 42-104). Sevilla. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones.
- Martínez-Delgado, M., Ramírez-López, J., Molina-Molina, B. y Araque F. (2005). Presentaciones Especiales. En Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía (Eds.). *Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la adicción a opiáceos*. Sevilla: Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones.
- Martínez-Lorca, M. y Alonso, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas. ¿Existe relación? *Adicciones*, 15(2), 145-158.
- McCarthy, K. (1984). Early Alcoholism Treatment: The Emmanuel movement and Richard Peabody. *Journal of Studies on Alcohol*, 45(1), 59-74.
- McLellan, A.T., Childress, A.R., Ehrman, R., O'Brien, C.P. y Pashko, S. (1986). Extinguishing conditioned responses during opiate dependence treatment: turning laboratory findings into clinical procedures. *Journal of Substance abuse Treatment*, 3, 33-40. Citado en Mino (1993).
- McLellan, A.T., Woody, G.E., Luborsky, L. y Goehl, L. (1988). Is the counselor an "active ingrediente" in substance abuse rehabilitation? An examination of treatment success among four counselors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 716, 423-430. Citado en Mino (1993).
- Milby, J.B. (1988). Methadone maintenance: How many make it?. *Journal of nervous and Mental Disorders*, 176 (7), 807-820.

- Milby, J.B., Gurovitch, A., Homann, A. y Wiebe, D.J. (1987). Assessing pathological detoxification fear among methadone maintenance patients. *The DFSS, Journal of Clinical Psychology*, 43 (5), 528-538.
- Milby, J.B., Hohmann, A.A., Gentile, M., Huggins, N., Sims, M.K., McLellan, T., Woody, G. Y Haas, N. (1994). Methadone Maintenance Outcome as a function of detoxification phobia. *The American Journal Psychiatry*, 151(7), 1031-1037.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). La entrevista motivacional. Paidós: Barcelona.
- Miller, W.R. y Brown, J.M. (1991). Self regulation as a conceptual basis for the prevention and treatment of addictive behaviours. In N.Heather W.R. Miller, J. Greeley (Eds.) *Self-control in the addictive behaviours*. Oxford: Maxwell Macmillan. Citado en Mino (1993).
- Mino, A. (1993). Los programas de reducción de riesgos. *Adicciones*, 9(2), 163-170.
- Mino, A., Dumont, P., Broers y B., Bousquet, A. (1993). Análisis de un programa público de metadona de dos años. Recuperado el 13 de septiembre de 2011, en:
- Moreno, M.R., Rojas, M.O., Guibert-Rahola, J. y Mico, J.A. (2000). Interacciones de metadona con fármacos antiinfecciosos y sustancias de abuso. *Adicciones*, 12 (1), 67-75.
- Mullen, L., Keenan, E., Barry, J., Long, J., Mulholland, D., Grogan, L. y Delargy, I. (2010). Factors predicting completion in a cohort of opiate users entering a detoxification programme. *Irish Journal Medical Science*, 179, 569-573.
- Muñoz-Ortega, A.M. (1985). Procesos psicológicos determinantes de los efectos conductuales del consumo humano de alcohol. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 2(3), 263-86.
- Nathan, P.E. (1982). Alcoholismo. En H. Leitenberg. *Modificación y Terapia de Conducta. Tomo I. Edad Adulta* (pp. 21-76). Madrid: Morata.
- Neale, J. (1998). Drug users' view of prescribed methadone. *Drugs: Education Prevention and Policy*, 5, 33-45.
- Newcombe, R. (1992). La Reducción de Daños relacionados con la droga. En: P.A. O'Hare, R. Newcombe, A., Matthews, E.C. Buning y E. Drucker (Eds.), *La Reducción de Daños relacionados con las drogas* (pp. 25-39). Barcelona: Grup IGIA.
- Novick, D.M., Khan, I., Kreek, M.J. (1986). Acquired immunodeficiency syndrome and infection with hepatitis viruses in individuals abusing drugs by injection. *Bulletin of Narcotics*, 38, 15-25.
- Nutt, D., King, L.A. y Phillips, L.D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Recuperado el 2 de octubre de 2011 en: www.thelancet.com.
- O'Connor, P. (2005). Methods of detoxification and their role in treating patients with opioid dependence. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 294(8), 961-963.

- O'Hare, P.A. (1995). Apuntes sobre el concepto de reducción de daños. En O'Hare, P.A, Newcombe, R., Matthews, A., Buning, E.C. y Drucker, E. (Eds.). *La reducción de los daños relacionados con las drogas* (pp.17-22). Barcelona: Grup IGIA.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT, 2007). Informe 2007. El problema de la drogodependencia en Europa. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de la Comunidades Europeas.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT, 2012). Informe 2012. El problema de la drogodependencia en Europa. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de la Comunidades Europeas.
- Organización Mundial de la Salud (1980). Problemas relacionados con el consumo de alcohol. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2004). Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones políticas. Ginebra: OMS.
- Pantoja, L. (1986). La autorregulación científica de la conducta. Teoría y técnicas aplicadas a la terapia y educación. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Parrino, M.W. (1997). Manual de tratamiento con metadona. Barcelona: Grup IGIA.
- Peabody, R.R. (1931). The common sense of drinking. Boston: Little, Brown and Co.
- Pedrero, E.J. y Olivar, A. (2010). Estrés percibido en adictos a sustancias en tratamiento mediante la escala de Cohen: propiedades psicométricas y resultados de su aplicación. *Anales de Psicología*, 26(2), 302-309.
- Pedrero, E.J., Pérez-López, M., De Enea, S., y Garrido, C. (2005). Validación del cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas "guiado por la personalidad" *Trastornos Adictivos*, 7(3), 166-86.
- Pedrero, E.J., Rojo, G. y Puerta, C. (2008). Estilos de afrontamiento del estrés y adicción. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(4), 256-270.
- Peles, E., Schreiber, S. y Adelson, M. (2005). Variables associated with perceived sleep disorders in methadone maintenance treatment (MMT) patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 82: 103-110.
- Pendery, M.L., Maltzman, I.M. y West, L.J. (1982). Controlled drinking by alcoholics? New findings and reevaluation of a major affirmative study. *Science*, 217,169-175.

- Pérez de los Cobos, J., Fidel, G., Escuder, G., Haro, G., Sánchez, N., Pascual, C., Valderrama, J.C., Valero, S., Trujols, J.. (2004). A satisfaction survey of opioid-dependent clients at methadone treatments centres in Spain. *Drug Alcohol Depend*, 73, 307-313.
- Pérez-Almonacid, R., Pedroza, F.J., Vacio, M.A., Martínez, K.I., Salazar, M.L. (2012). Competencias sustitutivas y el estudio e intervención del consumo adictivo de alcohol en adolescentes. En Padilla, M.A. y Pérez-Almonacid, R. (Eds.), *La función sustitutiva referencial. Análisis histórico – crítico. Avances y perspectivas*. New Orleans: University Press of the South.
- Pérez-Álvarez, M. (1998). La psicología clínica desde el punto de vista contextual. *Papeles del Psicólogo*, 69, 25-40.
- Pérez-Álvarez, M. y Fernández-Hermida, J.R. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13(3), 523-529.
- Perol, M.C. y Rodríguez-Marin, J. (1997). Hospital Anxiety and Depresión Scale: Psychometric properties in a Spanish sample. Poster presented at XI Conference of the European Health Psychology Society. September, France.
- Puche, E., Faus, M.T., Soler, E. y Blasco. (2000). Optimización de los programas de mantenimiento con metadona a través del conocimiento de sus interacciones farmacológicas. *Trastornos Adictivos*, 2(3), 163-171.
- Puigdollers, E., Domingo, A., Brugal, M.T., Torrens, M., Alvarós, J., Castillo, C., *et al.* (2004). Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: quality of life and gender. *Substance Use Misuse*, 39, 1353-1368.
- Queraltó, J.M. (2009). Control de tóxicos. En Subdirección General de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública (Eds.). *Tratamiento de mantenimiento con metadona. Manual de práctica clínica* (pp. 77-102). Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- Ralet, O. (2000). Condicionantes políticos y económicos: Análisis de la influencia de estos factores en la construcción social del problema de la droga. En Grup IGIA (Eds.), *Contextos, Sujetos y Drogas. Un manual sobre Drogodependencias* (pp.43-51). Barcelona: Ajuntament de Barcelona y FAD.
- Ramírez, V., Llorens, N., Bravo, M.J., Barrio, G., Valderrama, J.C., Sánchez, A. y Comité de Sistemas de Información del Observatorio Español sobre Drogas. (2007). Encuesta a personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de heroína o cocaína 2003-2004. *Trastornos Adictivos*, 9 (4), 247-259.
- Redondo, J.M., Caylá, J.A., Díaz, F. y Gómez, M. (1997). Tuberculosis: problemas diagnósticos y terapéuticos. *Atención Primaria*, 20 (1), 122-139.

- Reilly, P.M., Sees, K.L., Shopshire, M.S., Hall, S.M., Delucchi, K.L., Tusel, D.J., Banys, P., Clark, H.W. y Piotrowski, N.A. (1995). Self-efficacy and illicit opioid use in a 180 day methadone detoxification treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 158-162.
- Remor, E. (2000). Infección por VIH y SIDA: características psicológicas y adhesión al tratamiento. Tesis Doctoral no publicada. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid.
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93.
- Remor, E. y Carrobbles, J.A. (2001). Versión española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 195-201.
- Remor, E., Arranz, P., Martínez, C. *et al.*, (2000). Implicaciones de la ansiedad y depresión en la calidad de vida de pacientes con coagulopatías congénitas VIH+. *Haematológica* (ed. esp.), 85 (3).
- Ribes, E. (1982). El Conductismo: Reflexiones críticas. Barcelona: Fontanella.
- Ribes, E. (1990). Psicología y salud: Un análisis conceptual. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. (2008). Psicología y salud: Un análisis conceptual. México: Trillas.
- Ribes, E. (2010). Lenguaje ordinario y lenguaje técnico: un proyecto de currículo universitario para la Psicología. *Revista Mexicana de Psicología*, 27(1), 55-64.
- Ribes, E. y López Valadéz, F. (1985). Teoría de la Conducta. México: Trillas.
- Riordan, C.E., Merzritz, M., Slobetz, F. y Kleber, H. (1976). Successful detoxification from methadone maintenance. *Journal of the American Medical Association*, 235(24), 2604-07.
- Robles, L., Stitzer, M.L., Strain, E.C., Bigelow, G.E. y Silverman, K. (2002). Voucher-based reinforcement of opiate abstinence during methadone detoxification. *Drug and Alcohol Dependence*, 65, 179-189.
- Rodríguez Martos, A. (1994). Reflexiones sobre los programas de mantenimiento con metadona. *Adicciones*, 6(4), 353-372.
- Rodríguez-Campuzano, M.L. (2003). Construcción de un instrumento para evaluar competencias en situaciones no vinculadas al estrés. *Revista Psicología y Salud*, 13(2).
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationship as developed in the client-centered framework. En S. Koch (Comp.), *Psychology: The study of a science*, (Vol. 3). *Formulations of the person and the social context* (pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.
- Roncero, C., Fuste, G., Barral, C., Rodríguez-Cintas, L., Eiroa-Orosa, F.J. y Casas, M. (2009). Manejo terapéutico y comorbilidades del paciente con dependencia a opiáceos en programa de terapia sustitutiva: estudio Proteus. *Trastornos Adictivos*, 11(4), 265-70.

- Rosenbaum, M. (1991). Stayin of methadone maintenance. *Journal of Psychoactive Drugs*, 23(3), 251-260.
- Sánchez Pardo, L. (2000). Evaluación de la efectividad de los programas de sustitutivos opiáceos. *Trastornos Adictivos*, 1(2), 56-72.
- Sanchez-Hervás, E. (2004). Los tratamientos psicológicos en adicciones: Eficacia, limitaciones y propuestas para mejorar su implantación. *Papeles del Psicólogo*, 87, 34-44.
- Sánchez-Hervás, E. y Tomas, V. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. *Trastornos Adictivos*, 3(1), 21-27.
- Sánchez-Hervás, E., Tomas, V. y Morales, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos*, 6(3), 159-66.
- Sánchez-Meca, J., Rosa, A.I. y Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: Meta-Análisis de la literatura española. *Psico-thema*, 11(3), 641-654.
- Sánchez-Niubó, A., Fortiana, J., Barrio, G., Suelves, J.M., Correa, J.F. y Domingo, A. (2009). Problematic heroin use incidence trends in Spain. *Addiction*, 104, 248-255.
- Santesmases, X., Tor, J. y Muga, R. (2006). Evaluación del drogodependiente con patologías asociadas. En Pérez de los Cobos J.C., Valderrama Zurián, J.C., Cervera martínez, G., Rubio Valladolid, G. (Drtes.). *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. (pp. 378-387). Madrid: Ed. Panamericana.
- Schachter, S. y Singer, J. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Secades, R. y Fernández-Hermida, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380.
- Seidenberg, A. y Honegger, U. (2000). *Metadona, heroína y otros opioides: manual para un tratamiento ambulatorio de mantenimiento con opioides*. Madrid: Díaz de Santos.
- Simpson, D.D., Joe, G.W. y Bracey, S.A. (1982). Six year follow-up of opiate addicts after admission to treatment. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1318-1323.
- Sinha, R. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*, 158, 343-359.
- Sinha, R. (2008). Chronic stress, drug use and vulnerability to addiction. *Annals New York Academy of Sciences*, 1141, 105-130.
- Sobell, M.B. y Sobell L.C. (1984). The aftermath of Heresy: A response to Pendery et al's (1982) critique of "Individualized Behaviour Therapy for Alcoholics". *Behavioral Research Therapy*, 22, 413-440.

- Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (1978). Behavioral treatment of alcohol problems. Individualized therapy and controlled drinking. New York: Plenum Press.
- Solomon, R.L. (1983). Teoría del Proceso Oponente de la Motivación Adquirida: La dinámica afectiva en la drogadicción. En J.D. Maser y M.E.P. Seligman. *Modelos Experimentales en Psicopatología* (pp. 64-99). Madrid: Alhambra.
- Sorensen, J.L. (1996). Methadone treatment for opiate addicts. *British Medical Journal*, 313, 245-246.
- Sorensen, J.L., Brummett, S., Gold, M.L. y Dumontet, R. (1988). Withdrawal from methadone maintenance: impact of a tapering network support program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5, 37-44.
- Srivastava, A., Meldon, K. y Ross, S. (2008). The effect of methadone maintenance treatment on alcohol consumption: a systematic review. *Journal Substance Abuse Treatment*, 34, 215-223.
- Stimel, B. y Rabin, J. (1974). The ability to remain abstinent upon leaving methadone maintenance: A prospective study. *American Journal Drug and Alcohol Abuse*, 1(3), 379-391.
- Stimmell, B., Goldberg, J., Rotkopf, E. y Cohen, M. (1977). Ability to remain abstinent after methadone detoxification. A six year study. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1216-1220.
- Stitzer, M.L. y Chutuape, M.A. (1999). Other substance use disorders in methadone treatment. En: Strein, E.C. y Stitzer, M.L. (Eds.), *Methadone treatment for opioids dependence* (pp. 87-117).
- Szerman, N., Bobes, J. y Pérez de los Cobos, J. (2009). Declaración de Sociodrogalcohol, Sociedad Española de Toxicomanías (SET) y Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) sobre inequidades de los pacientes especiales respecto a planes de mantenimiento con agonistas opiáceos en la cartera de servicios comunes de Sistema Nacional de Salud. *Trastornos Adictivos*, 11(4), 239-42.
- Tato, J. (2009). Admisión de los pacientes. En Colom, J. y Duro, P. (Eds.) *Tratamiento de Mantenimiento con metadona. Manual de práctica clínica*, (pp. 67-70). Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud.
- Tejero, A. y Trujols, J. (1994). El Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente: Un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En J.L. Graña Gómez (Eds.), *Conductas Adictivas* (pp. 2-43). Madrid: Debate.
- Tejero, A., Quimera, E., Farre J.M. y Peri, J.M. (1986). Uso clínico del HAD en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev. Del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 12, 233-238.

- Tennant, F.S. y Shannon, J.A. (1978). Detoxification from methadone maintenance: double blind comparison of two methods. *Drug and Alcohol Dependence*, 3:85-92.
- Terán, A., Álvarez, A., Sánchez, R. y Álvaro, M.A. (2005). Complicaciones somáticas. Diagnóstico y manejo de la infección por VIH, VHB, VHC y tuberculosis en el paciente heroínómano. Interacciones farmacológicas. *Adicciones*, 17(2), 123-150.
- Terol, M.C., Rodríguez-Marín, J., López-Roig, S., Martín-Aragón, M y Pastor, M.A. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale: Psychometric properties in a spanish sample. Poster presented at 11th Conference of the European Health Psychology Society. September, France.
- Torrens, M. (1998). Dependencia de benzodiacepinas: clínica y tratamiento. V Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). Cádiz: 537-547.
- Torrens, M. (2006). El consumo de cocaína en los programas de mantenimiento con metadona. XXXIII Jornadas Sociodrogalcohol.
- Torrens, M. (2009). Recomendaciones para la dosificación de la metadona. En Subdirección General de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública (Eds.). *Tratamiento de mantenimiento con metadona. Manual de práctica clínica* (pp. 71-76). Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- Torrens, M. y Fonseca, F. (2009). La eficacia de los tratamientos sustitutivos con opioides. Revisión de la evidencia científica. En Subdirección General de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública (Eds.). *Tratamiento de mantenimiento con metadona. Manual de práctica clínica* (pp. 27-35). Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- Torrens, M., Astals, M. y Castillo, C. (2006). Diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica. En Pérez de los Cobos J.C., Valderrama Zurián, J.C., Cervera Martínez, G., Rubio Valladolid, G. (Drtes.). *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. (pp. 341-346). Madrid: Ed. Panamericana.
- Tremoleda, J. (2009). Servicios asociados a los tratamientos de mantenimiento con metadona. En Subdirección General de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública (Eds.). *Tratamiento de mantenimiento con metadona. Manual de práctica clínica* (pp. 127-134). Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- Trujols, J. (2009). Planificación del tratamiento, evaluación del progreso del paciente y valoración clínica continuada. En Subdirección General de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública (Eds.). *Tratamiento de mantenimiento con metadona. Manual de práctica clínica* (pp. 121-136). Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- Turner, R.J. y Lloyd, D.A. (2003). Cumulative adversity and drug dependence in young adults: racial/ethnic contrasts. *Addiction*, 98:305-315.

- U.S.A.G.A.O. (United States Congress. General Accounting Office) (1990). Methadone maintenance, some treatment programs are not effective. GAO/HRD-90-104. Washington D.C.
- Weiss, R. (2004). Adherence to pharmacology in patients with alcohol and opioid dependence. *Addiction*, 99, 1382-1392
- Wermuth, L. y Brummet, S. (1987). Bridges and barriers to recovery: clinical observation from an opiate recovery project. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 4, 186-196.
- Woody, G.E., Luborsky, L., McLellan, A.T., O'Brien, C.P., Beck, A.T., Blaine, J., Herman, I. y Hole, A., (1983). Psychotherapy for opiate addicts. Does it help? *Archives of General Psychiatry*, 40, 639-645. Citado en Mino (1993).
- Woody, G.E., McLellan, A.T., Luborsky y L., O'Brien, C.P.(1987). Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependence. *American Journal of Psychiatry*, 144, 590-596. Citado en Mino (1993).
- www.dipucadiz.es/.../Anxllisis_de_un_programa_publico_de_metadona_de_dos_axos.pdf
- www.dipucadiz.es/.../Anxllisis_de_un_programa_publico_de_metadona_de_dos_axos.pdf
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zweben, J.E. (1993). Counseling issues in methadone maintenance treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 23:177-190. En Mino, A., Dumont, P., Broers, B., Bousquet, A. *Análisis de un programa público de metadona de dos años*. Recuperado el 12 de septiembre de 2011 en:
- Zweben, J.E. (1997). Aspectos clínicos. En Parrino, M.W. *Manual de tratamiento con metadona*. Barcelona: Grup IGIA.

17. ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICOS, FIGURAS Y CUADROS

17.5. RELACIÓN DE TABLAS	Pags.
1. Acción de algunos fármacos sobre los receptores opiáceos.....	23
2. Criterios diagnósticos de la abstinencia a opiáceos.....	26
3. Síndrome de Abstinencia a Opiáceos.....	27
4. Criterios de inclusión/exclusión en tratamientos de mantenimiento con metadona.....	32
5. Modelos conceptuales en el tratamiento de las drogodependencias.....	68
6. Tratamientos Efectivos para las drogodependencias. NIDA, 1999.....	82
7. Dos sistemas de clasificación de los tratamientos psicológicos efectivos en drogodependencias.....	84
8. Resumen de prevalencias de las principales patologías infecciosas en consumidores de drogas 2001-2007	120
9. Efectos del uso combinado de sustancias.....	131
10. Prevalencia del consumo de otras drogas entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de heroína	132
11. Prevalencias de consumo de otras drogas al inicio de un tratamiento con metadona.....	133
12. Variables relativas al tipo de tratamiento sustitutivo.....	136
13. Estudios españoles sobre variables del proceso de retirada de metadona después de un TMM.....	139
14. Otros estudios sobre variables relacionadas con resultados del proceso de retirada de metadona.....	140
15. Pacientes con Tratamiento de metadona en los CAID de la Agencia Antidroga de la C. de Madrid.....	163
16. Pacientes en tratamiento con metadona informados para el presente estudio por los CAID – 2006.....	165
17. Clasificación de las poblaciones del estudio.....	167
18. Variables del estudio.....	171
19. Instrumento de evaluación: Protocolo Inicial.....	176
20. Fiabilidad de las subescalas de la HADS (Ladero, 2007).....	180
21. Fiabilidad de la PSS-14 (Ladero, 2007).....	182
22. Percentiles subescala insomnio. COS.....	184
23. Servicios y prestaciones Agencia Antidroga.....	190
24. Ubicación CAID estudio.....	192
25. Dependencia Administrativa CAID estudio.....	192
26. Equipo técnico CAID estudio.....	192
27. Directores CAID estudio.....	193
28. Servicios ofertados CAID estudio.....	194
29. Pacientes en tratamiento con metadona CAID estudio.....	195
30. Técnicos colaboradores estudio.....	196
31. Recuento de casos incluidos en el estudio a 31/12/2007.....	201
32. Total recuento final de casos incluidos en el estudio	204
33. Criterios para el análisis de supervivencia de los participantes en el estudio.....	210
34. Características sociodemográficas de la muestra.....	221
35. Características Clínicas de la muestra: Patologías biológicas.....	222
36. Características Clínicas de la muestra: Estados afectivos y toma de psicofármacos.....	222
37. Consumo de heroína durante TMM.....	223
38. Consumo de otras drogas.....	223

39.	Características del TMM.....	225
40.	Cartera de Servicios en los TMM de los CAID colaboradores en el estudio - 2006.....	226
41.	Características del procedimiento de retirada de metadona(a).....	229
42.	Características del procedimiento de retirada de metadona(b).....	230
43.	Características del procedimiento de retirada de metadona(c).....	231
44.	Consumo de sustancias durante la desintoxicación de metadona (a).....	231
45.	Consumo de sustancias durante la desintoxicación de metadona (b).....	231
46.	Sintomatología de abstinencia a la retirada de metadona en los sujetos del estudio.....	233
47.	Causas de la interrupción del proceso de retirada de metadona.....	235
48.	Puntuaciones medias en las escalas de Ansiedad y Depresión de la HADS en varios estudios.....	240
49.	Puntuaciones directas correspondientes a los percentiles de la PSS-10 en la muestra del estudio.....	242
50.	Puntuaciones medias según sexo de las escalas de Insomnio COS y EPS.....	243
51.	Puntuaciones medias en la Escala de Problemas de Sueño (EPS).....	244
52.	Puntuaciones medias en la SDS por sexo.....	245
53.	Puntuaciones medias y punto de corte en la Escala de Severidad de Adicción a Benzodicepinas.....	245
54.	Resumen de puntuaciones medias obtenidas por los sujetos en los instrumentos de evaluación.....	246
55.	Comparación entre puntuaciones medias de las subescalas del VIP en dos estudios.....	247
56.	Percentiles de las subescalas de VIP.....	248
57.	Factores resultantes con autovalor y porcentaje de la varianza explicada en el VIP.....	250
58.	Matriz de correlaciones entre puntuaciones medias de los cuestionarios de evaluación.....	253
59.	Concordancia entre puntuaciones en los cuestionarios y los trastornos conductuales subjetivos.....	254
60.	Concordancia entre casos clínicos + casos probables de ansiedad/depresión y trastornos conductuales subjetivos	255
61.	Matriz de correlaciones. Puntuaciones en cuestionarios y consumo de sustancias durante el TMM.....	256
62.	Tiempo de participación en días (Interrupción de la desintoxicación de metadona).....	259
63.	Medias y Medianas del tiempo de supervivencia-interrupción.....	260
64.	Mortalidad en la interrupción de la desintoxicación.....	261
65.	Medias y medianas del tiempo de supervivencia-Dosis Cero.....	262
66.	Mortalidad en el logro de dosis cero.....	263
67.	Medias y medianas del tiempo de supervivencia-Recaída tras dosis cero.....	264
68.	Mortalidad en recaídas tras dosis cero.....	265
69.	Significación estadística curvas tiempos de supervivencia.....	266
70.	Medias y medianas del tiempo de supervivencia hasta la interrupción de la desintoxicación.....	267
71.	Estadísticos descriptivos, prueba de contraste y tamaño del efecto. Puntuaciones en cuestionarios de evaluación y resultados de la retirada de metadona	272
72.	Estadísticos descriptivos y prueba de contraste. Variables cuantitativas del TMM y resultados de la retirada de metadona	277
73.	Significación de diferencias entre proporciones. Variables categóricas del TMM.....	278
74.	Estadísticos descriptivos, prueba de contraste y tamaño del efecto. Variables del proceso de retirada de metadona	281
75.	Significación de diferencias entre proporciones. Variables categóricas del proceso de retirada de metadona	282
76.	Matriz de correlaciones de variables cuantitativas del proceso de retirada de metadona.....	287

77.	Variables del estudio asociadas significativamente a los resultados de la retirada de metadona.....	289
78.	Matriz de correlaciones entre las variables mas relevantes del estudio.....	291
79.	Análisis de regresión logística univariante. Variable dependiente: Dosis Cero.	295
80.	Grado de Ajuste. Modelo Variables Personales.....	297
81.	Prueba de Wald. Modelo Variables Personales.....	298
82.	Grado de Ajuste. Modelo Variables del TMM.....	300
83.	Prueba de Wald. Modelo Variables del TMM.....	300
84.	Grado de Ajuste. Modelo del proceso de desintoxicación.....	302
85.	Prueba de Wald. Modelo variables proceso de desintoxicación.....	303
86.	Grado de Ajuste. Modelo Global.....	306
87.	Prueba de Wald. Modelo Global.....	306
88.	Prueba de razón de verosimilitud. Modelo Global.....	307
89.	Grado de Ajuste. Modelo Final.....	308
90.	Prueba de Wald. Modelo Final.....	309
91.	Prueba de razón de verosimilitud. Modelo Final.....	310
92.	Selección del mejor Modelo.....	311
93.	Resumen comparativo de la validez predictiva de los modelos logísticos obtenidos.....	312
94.	Estadísticos de contraste. Modelo Final.....	315
95.	Matriz de correlaciones. Modelo Final.....	315
96.	Listado de casos atípicos. Modelo Final.....	317
97.	Coeficientes y prueba de contraste. Análisis de regresión simple. Variable dependiente: Estrés Percibido	320
98.	Resumen del Modelo de Estrés Percibido.....	321
99.	Coeficientes del modelo de regresión lineal. Variable dependiente estrés percibido.....	321
100.	Supuesto de independencia. Modelo de regresión lineal. VD estrés percibido.....	326
101.	Supuesto de colinealidad. Modelo de regresión lineal. VD estrés percibido.....	326
102.	Variables sociodemográficas y clínicas de varias muestras de pacientes en tratamiento con metadona....	335
103.	Índices de fiabilidad de los cuestionarios aplicados a los sujetos del estudio.....	342
104.	Correlaciones entre escalas. Comparación COS-EPS.....	343
105.	Comparación de resultados con variables de otros estudios.....	370
106.	Evidencia empírica anterior sobre resultados obtenidos en nuestro estudio.....	377

RELACIÓN DE GRÁFICOS

Pags.

1.	Pacientes en TSO en los Estados Miembros de la UE.....	29
2.	Evolución del nº de pacientes con tratamiento de metadona en los centros de la Comunidad de Madrid ...	30
3.	Evolución del nº de tratamientos por abuso o dependencia de heroína. España: 1991-2007.....	114
4.	Pacientes en Centros de Atención de Drogodependencias dela Comunidad de Madrid.....	115
5.	Evolución de diagnósticos de SIDA asociados al uso inyectado de drogas. España 1986-2008.....	117
6.	Porcentaje vía de administración de heroína. España 1991-2009.....	118

7.	Porcentaje de pacientes diagnosticados con patología dual. CAID Agencia Antidroga 2006.....	122
8.	Prevalencia del consumo de benzodiazepinas en pacientes con tratamiento de metadona.....	128
9.	Adicción a benzodiazepinas en pacientes con tratamiento de metadona.....	128
10.	Porcentajes de consumo combinado heroína-cocaína.....	134
11.	Población de <i>Referencia</i>	166
12.	Población <i>Diana</i>	168
13.	Población <i>Estudio</i>	168
14.	Porcentajes de población diana.....	169
15.	Porcentajes de mortalidad de casos del estudio.....	169
16.	Inclusión temporal de casos.....	205
17.	Casos aportados por los CAID.....	206
18.	Consumo de sustancias antes y al final del TMM.....	224
19.	Satisfacción con los servicios del TMM.....	227
20.	Efectividad del TMM.....	227
21.	Inconvenientes del TMM.....	228
22.	Temor a la retirada de metadona.....	228
23.	Ventajas de la retirada de metadona.....	228
24.	Consumo de benzodiazepinas durante la desintoxicación de metadona.....	232
25.	Consumo de sustancias según fases del TMM.....	233
26.	Resultados de la desintoxicación de metadona.....	234
27.	Dosis final de la retirada de metadona en los sujetos del estudio.....	235
28.	Intervención después de la desintoxicación.....	236
29.	Resultados de la evolución en el Post-tratamiento.....	236
30.	Resultados Globales de la Retirada de metadona.....	237
31.	Puntuaciones en estados afectivos.....	239
32.	Niveles de ansiedad.....	241
33.	Niveles de depresión.....	241
34.	Pacientes del estudio con adicción a benzodiazepinas.....	246
35.	Tiempo de supervivencia de la interrupción de la desintoxicación de metadona.....	260
36.	Tasa de impacto de la interrupción de la desintoxicación de metadona.....	261
37.	Tiempo de supervivencia del logro de dosis cero de metadona.....	262
38.	Tasa de impacto del logro de dosis cero en la desintoxicación de metadona.....	263
39.	Tiempo de supervivencia de recaídas tras dosis cero.....	264
40.	Tasa de impacto de recaídas tras dosis cero.....	265
41.	Puntuaciones medias de variables clínicas según resultados desintoxicación.....	270
42.	Diferencias en puntuaciones medias de las subescalas del VIP según resultados post-tratamiento.....	271
43.	Factores Afrontamiento y Autocontrol del VIP según resultados desintoxicación.....	274
44.	Factores Afrontamiento y Autocontrol del VIP según resultados post-tratamiento.....	274
45.	Variables TMM según resultados desintoxicación	276
46.	Dosis de metadona al inicio de la desintoxicación.....	279
47.	Ratio de reducción de dosis en el post-tratamiento.....	283

48. Sintomatología de abstinencia a metadona.....	284
49. SAO durante las fases de la retirada de metadona según resultados desintoxicación: Ansiedad.....	285
50. SAO durante las fases de la retirada de metadona según resultados desintoxicación: Dolor.....	285
51. SAO durante las fases de la retirada de metadona según resultados desintoxicación: Insomnio.....	285
52. SAO durante las fases de la retirada de metadona según resultados desintoxicación: Depresión.....	286
53. SAO durante las fases de la retirada de metadona según resultados desintoxicación: Irritabilidad.....	286
54. Curva ABC Modelo 1.....	299
55. Curva ABC Modelo 2.....	301
56. Curva ABC Modelo 3.....	305
57. Curva ABC Modelo 4.....	308
58. Curva ABC Modelo Final.....	310
59. Supuesto de linealidad. Modelo Final.....	316
60. Supuesto normalidad. VD estrés percibido.....	323
61. Supuestos linealidad y homogeneidad. Estrés percibido / Ansiedad.....	324
62. Supuestos linealidad y homogeneidad. Estrés percibido / Depresión.....	324
63. Supuestos linealidad y homogeneidad. Estrés percibido / Apoyo Social.....	325
64. Supuestos linealidad y homogeneidad. Estrés percibido / Autocontrol.....	325
65. Ratio de profesionales sanitarios / Nº pacientes en TMM.....	338
66. Ratio de profesionales sociales/ Nº pacientes en TMM.....	338
67. Porcentaje de pacientes por centro con dosis media en TMM<75 mg/día.....	339

RELACIÓN DE FIGURAS

Pags.

1. Modelo Psicológico de la Salud Biológica.....	65
2. Modelos conductuales en Psicología de la Salud y de las Drogodependencias.	91
3. Resumen de la inclusión de casos: Selección de la población de estudio.....	170
4. Selección de participantes en el estudio.....	198
5. Perfil <i>cuasi-Individualizado</i> de la muestra de pacientes en el VIP.....	249
6. Histograma de las probabilidades pronosticadas: Modelo Final	317

RELACIÓN DE CUADROS

Pags.

1. Principios del Tratamiento Efectivo. NIDA.....	82
2. Tratamientos apoyados por la evidencia empírica. SCP.....	83

